



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS

CLAYTON RIBEIRO DE SOUZA

Compatibilidade da Internação Compulsória com as Políticas Públicas de Enfrentamento ao Crack

**Brasília
2015**

CLAYTON RIBEIRO DE SOUZA

Compatibilidade da Internação Compulsória com as Políticas Públicas de Enfrentamento ao Crack

**Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Direito pelo programa
de Mestrado em Direito do Centro Universitário de
Brasília.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Edelvacy Pinto Marinho

**Brasília
2015**

Souza, Clayton Ribeiro.

Compatibilidade da internação compulsória com as políticas públicas de enfrentamento ao crack./ Clayton Ribeiro de Souza. Brasília, 2015.

216 f.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário de Brasília, 2015.
Programa de Mestrado em Direito. Orientadora: Prof^ª.
Dr^ª. Maria Edelvacy Pinto Marinho.

1. Autonomia. 2. Internação compulsória. 3. Políticas públicas. 4. Crack. 5. Dependência química. I. Título. II. Marinho, Maria Edelvay Pinto (orientadora).

CLAYTON RIBEIRO DE SOUZA

Compatibilidade da Internação Compulsória com as Políticas Públicas de Enfrentamento ao Crack

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito pelo programa de Mestrado em Direito do Centro Universitário de Brasília.

Orientadora: Profª Drª Maria Edelvacy Pinto Marinho

Brasília-DF, de de 2015.

Banca Examinadora:

Profª Drª Maria Edelvacy Pinto Marinho
Orientadora

Prof. Dr. Antônio Henrique Graciano Suxberger
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Prof. Dr. Pablo Malheiros da Cunha Frota
Membro Externo

Dedico este trabalho aos meus dois filhos, João Lucas e Ana Luísa, que alegam meus dias desde que vieram ao mundo.

À minha esposa, companheira de jornada e de sonhos, pela paciência e apoio nos momentos mais difíceis, fortalecendo-me com suas palavras sempre gentis.

À minha mãe e irmãos, testemunhas das dificuldades e alegrias por mim vivenciadas desde os primeiros dias de estudante.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Maria Edelvacy Pinto Marinho, cuja orientação paciente e dedicada foi decisiva para que o presente trabalho existisse.

À Defensoria Pública do Distrito Federal por acreditar na minha capacidade e pelas experiências que me proporciona diariamente, muitas delas de vital importância para a realização do presente trabalho.

Ao Uniceub pela excelência de seu curso de mestrado, fruto do esforço conjunto de funcionários da administração e de professores.

.

RESUMO

Este trabalho aborda a questão da internação compulsória de usuários de crack no âmbito de políticas públicas voltada ao tratamento de pessoas em situação de rua. É fato que o tratamento é realizado sem a necessidade de consentimento do dependente químico, o que aparentemente se mostra contrário à autonomia individual. Esse entendimento não é verdadeiro, de maneira que a internação compulsória poderá ser aplicada em casos específicos e para os quais não existem outras alternativas terapêuticas viáveis. Nesse sentido, a partir da análise bibliográfica, legislativa e documental do problema, e tomando-se por base o Programa Recomeço, é feito o contraponto com a concepção repressiva das políticas públicas anteriormente desenvolvidas na região da Luz, na cidade de São Paulo, restando claro ao final que a internação compulsória é recurso terapêutico válido e indicado para alguns casos de dependência química, quando assumirá a condição de etapa necessária em um tratamento mais longo e complexo. Com efeito, dentro de certas condições, a internação compulsória é compatível com os conceitos de autonomia e dignidade da pessoa humana, devendo ser disponibilizado aos usuários de crack em situação de rua, sob pena de inviabilizar a recuperação daqueles para os quais o tratamento é indicado.

Palavras-Chave: Autonomia. Internação compulsória. Políticas públicas. Crack. Dependência química.

ABSTRACT

This work addresses compulsory inpatient treatment of crack users, within the scope of public policies, aimed at the treatment of homeless people. It is factual that treatment is often done without the drug user's consent, and this practice can be viewed as contrary to the individual's rights. However, when looking through a broader lens, this is not always the case. It is possible for compulsory inpatient treatment to be applied, in specific cases, where there are no other viable therapeutic alternatives, while maintaining the dignity of the drug user.

It is in this sense that consideration must be taken when reviewing the problem's bibliographic, legislative, and documental analyses, as well as the fundamentals of the Recomeço Program. In examining the contrast between repressive conceptions of prior public policies developed in the Luz's neighborhood in the city of São Paulo, it became clear in the end that compulsory admission is a valid therapeutic resource and is specified for some cases of addiction when taking the proper and necessary steps to treat conditions which require longer and complex protocols. As a result, within specific conditions, the compulsory inpatient treatment is compatible with the concepts of self-autonomy and dignity of the human being and it must be provided to the homeless crack users. If this practice is not followed, it may likely compromise the rehabilitation for the ones who are in need and indicated for treatment.

Keywords: Self-autonomy. Compulsory inpatient treatment. Public policies. Crack. Addiction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CID - Classificação Internacional de Doenças
CNM – Conselho Nacional de Municípios
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CPC – Código de Processo Civil
CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
DPSP – Defensoria Pública do Estado de São Paulo
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
MPSP – Ministério Público do Estado de São Paulo
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SUPERA - Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas
SUS - Sistema Único de Saúde
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB - Universidade de Brasília
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO CONSUMO DE CRACK: ELEMENTOS PARA A COMPREENSÃO DO PROBLEMA.....	14
1.1 Aspectos humanos e espaciais do consumo de crack no Brasil.....	15
1.1.1 A identificação do perfil dos usuários de crack: quem são eles?.....	12
1.1.2 A penetração do consumo de crack no território brasileiro: onde estão os usuários da droga.....	12
1.2 Efeitos do crack para os indivíduos e para os núcleos familiares.....	122
1.2.1 As consequências do consumo de crack para o usuário.....	122
1.2.2 As consequências do consumo de crack núcleo familiar.....	122
1.3 O Estado frente ao crack: os problemas associados ao consumo da droga e o impacto no orçamento público.....	123
1.3.1 Criminalidade em razão do crack.....	122
1.3.2 O impacto no orçamento público em razão das políticas de enfrentamento ao crack.....	55
1.3.3 A crackolândia como realidade urbana.....	22
1.4 Conclusão.....	12
2 POLITICAS PUBLICAS RELACIONADAS AO CONSUMO DE CRACK: CONTEÚDO E ATORES ENVOLVIDOS.....	57
2.1 Aspectos teóricos e práticos das políticas públicas de enfrentamento ao crack.....	61
2.1.1 Conceituação e tipologia dos atores relacionados às políticas públicas.....	62
2.1.2 Identificação dos principais atores relacionados às políticas de enfrentamento ao crack.....	66
2.2 O crack como problema nacional: a União reage ao consumo da droga.....	78
2.2.1 A necessidade de uma política pública nacional para as drogas.....	82
2.2.2 Programa “Crack é Possível Vencer”: A União Responde ao Aumento do Número de Usuários.....	86

2.3 Políticas públicas desenvolvidas na cidade de São Paulo: concepções diferentes para um mesmo problema.....	97
2.3.1 O usuário de crack na perspectiva dos programas desenvolvidos em São Paulo.....	99
2.3.2 A internação compulsória no âmbito das políticas públicas de enfrentamento ao crack.....	99
2.4 Conclusão.....	100
 3. A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E A LIBERDADE DE AUTODETERMINAÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK.....	 101
3.1 O tratamento compulsório diante da autonomia privada dos dependentes químicos.....	101
3.1.1 Limitação da liberdade de autodeterminação nos casos de internação compulsória.....	110
3.1.2 A dignidade da pessoa humana e a autonomia privada.....	123
3.2 Autonomia privada e direito da personalidade.....	130
3.2.1 O direito de personalidade em face dos usuários de drogas.....	133
3.2.2 Concretização do direito da personalidade.....	131
3.3 A autodeterminação sob a perspectiva bioética.....	140
3.3.1 Consentimento informado como direito de todo paciente.....	150
3.3.2 Autonomia versus paternalismo.....	160
 4. A COMPREENSÃO DOS LIMITES DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA A PARTIR DOS INTERESSES E DIREITOS DOS USUÁRIOS DE CRACK.....	 144
4.2. A Delimitação dos casos de internação compulsória dos usuários de crack em situação de rua.....	155
4.1.1 Identificação dos eventuais casos de internação compulsória que deverão ser analisados pelo Judiciário.....	144
4.1.2 Definição dos atores que atuam na fase anterior à internação compulsória.....	155
4.2 A internação compulsória como recurso necessário: compatibilização entre os interesses dos usuários de crack e as normas de regência.....	155
4.2.1 A decisão judicial como filtro dos casos de internação compulsória.....	161

4.2.2 Processo judicial relativo à internação compulsória. Capacidade e interdição.....	161
4.3. O impacto das alterações promovidas pelo Novo Código Processo Civil e pela Lei nº 13.146/2015: a internação dos usuários de crack ante a nova realidade normativa.....	161
4.4 A internação compulsória como etapa do processo terapêutico.....	171
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	180

INTRODUÇÃO

O crack surgiu nos Estados Unidos na década de 1970, popularizando-se apenas na década seguinte, sobretudo entre negros e hispânicos¹. Tornou-se conhecida no Brasil a partir de meados da década de noventa do século passado², e entre os principais motivos que levou a sua popularização, destaca-se a ideia equivocada que seria uma droga barata, o que não é verdade, pois a "pedra" tem muito menor quantidade do princípio ativo do que a cocaína em pó. Consequentemente, a mesma quantidade de crack tem menos princípio ativo que a cocaína em pó.

De qualquer sorte, os efeitos decorrentes de seu uso são mais intensos, uma vez que a droga aspirada é lançada pelos pulmões³ diretamente na corrente sanguínea⁴. No entanto, a intensidade maior não significa necessariamente maior duração no efeito, ao contrário, este dura menos tempo do que ocorreria se a cocaína em pó fosse aspirada. Isso leva o viciado a ter que se drogar com maior frequência, gerando ainda mais lucro para o traficante⁵.

O crack se enquadra entre as denominadas drogas psicotrópicas, ou seja, que atuam diretamente na química do cérebro, modificando seu

¹ De acordo com o pesquisador americano Ney Jansen, o crack surgiu na década de 1970, mas se tornou popular na década seguinte entre moradores de bairros pobres de grandes cidades dos Estados Unidos, como Nova York, Los Angeles e Miami, principalmente entre jovens negros e de origem hispano-americana. *Em discussão!*: revista de audiências públicas do Senado Federal. Brasília: Senado Federal, n 8, ago. 2011, p.16.

² O crack chega ao Brasil e, em 1989, há o primeiro relato de uso na cidade de São Paulo. Na década de 90, o uso da cocaína, incluindo o crack, tem sua escalada em todo o mundo, mas o crack permanece restrito a grupos marginalizados. PULCHERIO, Gilda et al. Crack: da pedra ao tratamento. *Revista da AMRIGS*. Porto Alegre, n. 54, p. 340, jul.-set.2010.

³ Do pulmão, órgão muito vascularizado e com grande superfície, o cloridrato de cocaína chega imediatamente à corrente sanguínea, e daí diretamente ao cérebro, em apenas dez segundos. Os efeitos da cocaína são sentidos entre dez e 15 minutos depois da inalação *Em discussão!*: revista de audiências públicas do Senado Federal. Brasília: Senado Federal, n 8, ago. 2011, p. 14.

⁴ Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes. Série por dentro do assunto: drogas. Brasília: Senad, 2004, p. 24. LOPES DA SILVA, Luiza. *A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira*. Brasília: Funag, 2013, p. 59-60.

⁵ É classificada pelos traficantes como uma droga de fácil acesso, de matéria prima barata, e muito lucrativa sua comercialização por ser uma droga que tem um rápido início de ação e curta duração de efeito. Assim, necessitando ser mais consumida para aliviar as fissuras ocasionadas por seu consumo, torna-se bastante onerosa para seus consumidores. OLIVEIRA, Cynthia Brito de; SOUZA, Maria Rodrigues de. Dependência química do 'crack' como gerador da criminalidade no âmbito patrimonial. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*, v. 1, n. 1, p. 2, jan-mar 2013.

funcionamento. Melhor explicando, após ser consumido, logo que alcança o cérebro, este é estimulado e passa a ter um funcionamento mais intenso, dando a sensação momentânea de que o usuário está mais alerta e disposto⁶. Em razão disso, a substância se enquadra entre as drogas classificadas como estimulantes da atividade do sistema nervoso central⁷.

O uso contínuo da droga leva os usuários a concentrarem seus esforços apenas na aquisição e consumo da substância. Ao mesmo tempo, por exemplo, inibe os cuidados com a higiene e o apetite do viciado. Deste decorre um dos efeitos mais visíveis do consumo do crack, que é a consequente perda de peso do usuário, que assume um aspecto bastante característico de magreza exacerbada⁸ ou, nos casos mais extremos, cadavérico. Além disso, a falta de alimentação adequada e suficiente afeta a imunidade do indivíduo, tornando-o suscetível a várias doenças⁹, fato este potencializado pela falta de higiene do usuário e dos locais que costuma frequentar.

Aos problemas já mencionados, devem se acrescentadas as doenças cardíacas, neurológicas, pulmonares e psiquiátricas (entre outras, paranoia, psicose e alucinações). São notadas, ainda, alguma variação de humor, assim como dificuldades de raciocínio, aprendizado, memória, concentração e percepção¹⁰.

Ainda mais graves são os casos de usuárias grávidas, pois os impactos não se limitam apenas à gestante, refletindo diretamente na formação do feto

⁶ Livroto sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. 5. ed., 1ª reimpressão. Brasília: SENAD/CEBRID, 2011, p. 9.

⁷ Em um segundo grupo de drogas psicotrópicas estão aquelas que atuam para aumentar a atividade de nosso cérebro, ou seja, estimulam o funcionamento fazendo com que o usuário fique "ligado", "elétrico", sem sono. Por isso, essas drogas recebem a denominação de Estimulantes da Atividade do Sistema Nervoso Central. *Ibid.*, p. 11

⁸ o crack e a merla provocam também um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, falta de apetite. Esse último efeito é muito característico do usuário de crack e merla. Em menos de um mês, ele perde muito peso (8 a 10kg) e em um tempo maior de uso ele perde todas as noções básicas de higiene, ficando com um aspecto deplorável. Por essas características, os usuários de crack (*craqueros*) ou de merla são facilmente identificados. Livroto sobre drogas psicotrópicas. *op. cit.*, p. 38.

⁹ JORGE, Maria Salete Bessa et al. *Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, vol.18, n.10, pp. 2909-2918, out. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a15.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

¹⁰ Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao crack. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.

e, após o parto, na criança que inicia a vida. De acordo com o Helcio Bahia Corradini ¹¹ a exposição ao crack pode levar à má-formação do cérebro do feto, além de comprometer o funcionamento normal do referido órgão.

Os efeitos negativos do consumo de crack também se fazem presentes entre os familiares dos usuários. É comum o caso de pais que deixam de dar atenção aos filhos a partir do momento em que se tornam dependentes da droga, ou filhos que subjugam os pais, inclusive com o uso da violência, para que estes os ajudem com dinheiro para a aquisição da droga, que muitas vezes é consumida na própria casa e na companhia de outros usuários.

De acordo com levantamento¹² realizado no ano de 2012 pelo Instituto Nacional de Pesquisa de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), ligado à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), cuja coleta de dados abrangeu o universo de 4.600 pessoas com mais de 14 anos, em mais de 149 municípios brasileiros, o Brasil, além de ser o segundo maior mercado consumidor de cocaína, é o líder mundial no uso do crack com aproximadamente 20% do consumo global. No caso, mais de 2,6 milhões de brasileiros já utilizaram a cocaína fumada (crack/oxi), número este que representa 1,4% dos adultos.

Não é de se estranhar que o consumo do crack e o número de dependentes tenham chamando a atenção de todos, sobretudo para o fato de que muitos de seus usuários abandonam suas casas e famílias, passando a viver nas ruas¹³.

¹¹ CORRADINI, Helcio Bahia. Cocaína: efeitos na gestante e nas crianças. **Pediatria** (São Paulo), v.18, n.4, p.171-174, 1996.

¹² LARANJEIRA, Ronaldo et al. II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas: Unifesp. 2012, p. 1. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/> Consulta em 04/03/2014.

¹³ Em matéria pública no portal eletrônico da Defensoria Pública do Distrito Federal, é informado que muitas vezes a instituição é vista como a última esperança dos familiares para conseguir ajuda para o parente que é dependente químico. No decorrer da notícia é transcrita a história de uma mãe de usuário de crack que retrata bem essa realidade: “Quase sem esperanças, Carla resolveu “dar uma de delegada”, como ela mesma diz. “Fui morar na rua e me envolvi com os traficantes para descobrir onde meu filho vivia. ‘Ele é mendigo e está todo ferido’, contou. A auxiliar de serviços gerais está sem trabalhar e arrisca perder o emprego. “Entendo que sou mãe e tenho que cuidar do meu filho. Ele só tem a mim.” Disponível em: <<http://www.defensoria.df.gov.br/?p=8830>>. Acesso em: 27 set. 2015.

Neste estágio, não é incomum os viciados de crack se reunirem em locais específicos. Essas áreas que são relativamente delimitadas dentro da geografia urbana são chamadas de cracolândias¹⁴. São territórios nos quais os usuários moram, vivem e consomem a substância. E para manter o vício, recorrem à prática de delitos em sua proximidade, sobretudo pequenos furtos e o microtráfico, além de recorrerem à prostituição quando não encontram outros meios para reunirem quantia suficiente para a aquisição do crack.

Este é o caso da cracolândia localizada no centro da cidade de São Paulo (região da Nova Luz), que é a mais conhecida no país, pois é constantemente retratada em reportagens de veículos importantes da imprensa brasileira. E mais que isso, na região foram desenvolvidas várias políticas públicas direcionadas aos usuários de crack, muitas delas calcadas na violência e na repressão. Não é por outro motivo que Taniele Rui afirma que a própria história da cracolândia é, toda ela e desde seu princípio, constituída de intervenções estatais violentas¹⁵.

Nesse contexto, sob a justificativa de prestar tratamento aos usuários de crack, desvirtuou-se o sentido dado pela reforma antimanicomial à Lei nº 10.216/2001, de maneira que se utilizou a internação compulsória para reprimir os usuários e forçá-los a se dispersem das áreas de concentração¹⁶. Aqueles

¹⁴ Em reportagem do jornal O Estado de São Paulo, consta a informação de que haveria no Brasil ao menos 29 grandes cracolândias. E mais, o Distrito Federal teria pelo menos cinco cracolândias. É lógico que estes números não representam a exata dimensão do problema, pois neles não foram incluídas as cracolândias pequenas ou médias, por exemplo, o Brasil já tem pelo menos 29 grandes cracolândias, dispersas por 17 capitais. O Estado de São Paulo. São Paulo. Diário. Disponível em: <<http://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-jate-m-pelo-menos-29-grandes-cracolandias-dispersas-por-17-capitais,809340>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

¹⁵ RUI, Taniele. Depois da 'Operação Sufoco': sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na 'cracolândia' paulista. *Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar*, São Paulo: FSP/USP, v.3, n.2, p.287-310, 2013.

¹⁶ "Em um dossiê de denúncia de violações dos direitos de grupos que residem ou transitam pelo Centro, elaborado pela organização Centro Vivo, a "Operação Limpa" foi qualificada como violadora de uma série de direitos fundamentais desses grupos. Além disso, segundo o dossiê, teria tido como efeito apenas o deslocamento das pessoas que transitavam pela região, as quais passaram a procurar outras ruas, praças e mocós nas redondezas. Nesse mesmo documento, é denunciada a atuação truculenta da polícia militar e da guarda civil metropolitana nas ações de expulsão dos moradores de rua.

O trecho a seguir, extraído do diário de campo, demonstra a continuidade de ações inspiradas na "Operação Limpa", dessa vez com o suporte de funcionários da limpeza urbana. Vê-se também a revolta de um morador de rua pela truculência das abordagens:

Saímos caminhando para o outro extremo da Praça Princesa Isabel e passamos por um rapaz de aproximadamente 25 anos que nos vê e grita, dizendo:

que teimassem em continuar na região foram submetidos a tratamento compulsório¹⁷, não tanto pelo caráter terapêutico, mas como forma de recolhimento em massa, o que deixa claro que essas políticas públicas se aproximavam do higienismo¹⁸.

Obviamente essas práticas repressivas não alcançaram êxito, mas deram origem a críticas¹⁹ contra a falta de políticas públicas voltadas para a recuperação e reinserção, que se mostrem eficientes e tragam soluções e ao mesmo tempo sejam compatíveis com a autonomia dos usuários²⁰.

Foi nesse contexto que o Estado de São Paulo criou no ano de 2013 o Programa Recomeço, que é fundado na ideia de que a dependência química é uma enfermidade, por isso, não bastariam medidas sociais e de redução de dano. Para que os dependentes químicos possam ser recuperados e reinseridos socialmente, em regra, deverá ocorrer alguma intervenção médica,

– Só aparecem depois que acaba o rapa! Quando os moradores de rua precisam, não aparece ninguém para ajudar! Um dia vamos acabar matando todo mundo!

Inicialmente nos assustamos com tamanha hostilidade, mas resolvemos tentar conversar. O jovem relata, muito exaltado, que na noite anterior foram abordados por policiais acompanhados de funcionários da limpeza urbana que os chutaram enquanto estavam dormindo “sem fazer mala ninguém”, mandando-os sair dali. Diz que isto é um absurdo porque são usuários de drogas, mas o uso não é mais ilegal, então ninguém pode prendê-los por isso:

– Já tamo fudido e ainda por cima aparece essa

gente aqui pra nos infernizar!”. RAUPP, Luciane; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo. *Ciência & saúde coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, mai. 2011, p. 2616.

¹⁷ LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Autonomia privada e internação não consentida. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*. Belo Horizonte: UFMG, n. 99-B, p. 96, jul./dez. 2009.

¹⁸ “O movimento higienista, embora surgido com o fim nobre de controlar as doenças coletivas e prevenir as endemias e as epidemias, sobretudo nas grandes cidades, revelou-se, na prática, mais um instrumento de segregação do doente e do miserável, do que de forma de tratamento.” KELTER, Paul Jürgen; SILVA, Nilson Tadeu Reis Campos. Legalidade e Finalidade da Internação Compulsória dos Dependentes de Crack. *Revista Jurídica Cesumar-Mestrado*, Maringá: UniCesumar, v. 13, n. 2, p. 541-559, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.unicesumar.edu.br/pesquisa/periodicos/index.php/revjuridica/article/view/3058>>.

Acesso em: 11 Ago. 2014.

¹⁹ DUARTE, Carolina Gomes et. al. Internação psiquiátrica compulsória: a atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Revista da Defensoria Pública*, v. 5, n.1, 2012, p. 168

²⁰ Em audiência pública realizada no ano de 2011, Subcomissão sobre Dependentes Químicos, da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), a opinião unânime entre Senadores e especialistas era a de “as políticas públicas, programas e órgãos, na União, estados e municípios, incluindo o Judiciário e o Ministério Público, estão desarticulados, pulverizados e não formam redes eficientes e integradas, essenciais tanto à prevenção e repressão quanto ao tratamento e reinserção social”.

Não por outro, na mesma audiência “a vontade política do poder público para enfrentar o problema também foi questionada, já que os recursos, além de insuficientes, muitas vezes não chegam aos seus objetivos.” *Em discussão!:* revista de audiências públicas do Senado Federal, Brasília, n 8, p. 51, ago. 2011.

que a depender do caso, poderá ser de tratamentos ambulatoriais até internações, entre as quais a compulsória.

Obviamente, diante dos precedentes verificados em políticas públicas anteriores, a opção pelo enfrentamento sob a perspectiva médica, sobretudo com a utilização da internação compulsória passou a sofrer grande resistência e ser objeto de críticas²¹, apontando-se que seria uma forma de se realizar a internação em massa de usuários de crack, ofendendo a autonomia e a liberdade deles. E mais, que se pautaria por motivações higienistas²², amontoando os usuários em regime de cárcere privado em instituições que deveriam tratá-los, mas que na verdade não estão capacitados para ajudá-los a superar o vício, retendo-os contra a vontade.

O presente trabalho se propõe a analisar se a internação compulsória no âmbito de uma política pública voltada ao tratamento e recuperação de usuários de crack em situação de rua é compatível com o ordenamento jurídico e com a autonomia daqueles que são levados a tratamentos.

Com efeito, deve-se entender que mesmo que o uso do crack tenha levado alguém a se tornar dependente químico da substância, isso não significa que de pronto a pessoa tornou-se incapacitado para gerir a própria vida, não podendo mais impor sua vontade e sem condições de se autodeterminar. O respeito à autonomia do dependente químico deverá ser observado, de modo que o tratamento deverá se mostrar compatível com essa situação, não havendo que se falar em internação compulsória de quem consegue discernir a própria realidade por ele vivenciada e a partir disso se autodeterminar.

²¹ DANTAS, R. L.. Internação compulsória de dependentes de crack: uma abordagem constitucional à luz do critério da proporcionalidade. In: II Congresso Nacional da Federação de Pós-Graduandos em Direito - FEPODI, 2013, São Paulo. Anais do II Congresso Nacional da FEPODI, 2013. p. 1035-1040.

²² "O movimento higienista, embora surgido com o fim nobre de controlar as doenças coletivas e prevenir as endemias e as epidemias, sobretudo nas grandes cidades, revelou-se, na prática, mais um instrumento de segregação do doente e do miserável, do que de forma de tratamento." KELTER, Paul Jürgen; SILVA, Nilson Tadeu Reis Campos. Legalidade e Finalidade da Internação Compulsória dos Dependentes de Crack. Revista Jurídica Cesumar-Mestrado, Maringá: UniCesumar, v. 13, n. 2, p. 541-559, jul.dez. 2013. Disponível em: <http://www.unicesumar.edu.br/pesquisa/periodicos/index.php/revjuridica/article/view/3058>. Acesso em: 11 nov. 2014.

Nesse sentido, entende-se que a internação compulsória poderá se constituir em recurso valioso para uma política pública de enfrentamento ao crack, desde que aplicada no estrito limite do que dispõe a Lei nº 10.216/2001 e das demais leis de regência. Com isso, não há que se falar em ofensa à autonomia do usuário de crack, desde que o referido tratamento seja aplicado aos casos mais severos de dependência química, nos quais a pessoa tem eliminada, ainda que transitoriamente, a capacidade para se autodeterminar, não conseguindo tomar nenhuma outra decisão que não seja continuar usando a substância, decisão esta que não ocorre de maneira consciente e livre, mas que lhe é imposta pela droga ao qual não consegue fazer frente.

Com efeito, entende-se que a discussão sobre a internação compulsória de usuários de crack em situação de rua obterá melhores respeitos a partir da análise de um programa existente e que esteja em execução. O Programa Recomeço surge naturalmente como a melhor opção, pois sua implementação deu-se inicialmente na cracolândia da região da Luz, local que foi objeto de programas anteriores e que fracassaram em seus objetivos, alguns deles, inclusive, utilizaram da internação compulsória como forma de recolhimento em massa de usuários de crack.

Com isso, não apenas será possível analisar a utilização da internação compulsória no âmbito do Programa Recomeço, que completou dois anos de atuação em janeiro de 2015, como será possível verificar se há semelhança ou não na maneira como o tratamento compulsório foi utilizado pelos programas anteriores e pelo atualmente vigente.

Nesse sentido, para verificar se a internação compulsória poderá ser disponibilizada por uma política pública voltada às pessoas em situação de rua, não se deve limitar apenas à análise dos aspectos legais. Assim, a partir de dados e informações decorrentes do Programa Recomeço, irá se analisar como e de que forma se concretiza a utilização da internação compulsória, verificando-se até que ponto apenas os que são levados ao tratamento são os que realmente demandam a internação compulsória. Para isso, deve-se verificar não apenas a fase da internação, mas as fases anteriores e

posteriores, uma vez que o recurso terapêutico em questão se constitui apenas em uma fase de um tratamento mais complexo.

Registra-se que no decorrer do trabalho alguns conceitos se farão necessários, sob pena da presente análise não colher êxito. Para que isso ocorra, temas relacionados à liberdade, autonomia, autodeterminação, capacidade e interdição serão apresentados. A partir desses conceitos poderá se avaliar se realmente a internação compulsória é compatível com a autonomia dos usuários de crack e até que ponto ela poderá se constituir em tratamento válido, ainda que inegavelmente limite os direitos de ir, vir e ficar da pessoa sob tratamento.

Em face do objetivo proposto, será realizada uma pesquisa bibliográfica, legislativa e documental sobre a questão do crack, do tratamento baseado na internação compulsória, sobre a autonomia dos dependentes químicos, centralizando-se a análise na política pública desenvolvida pelo governo estadual na região da Luz da capital paulista, no caso, o Programa Recomeço.

Para tanto, o trabalho foi dividido em quatro partes. Na primeira irá se discorrer sobre o perfil dos usuários de crack e os efeitos da droga para os próprios usuários, seus familiares e amigos, assim como para o restante da sociedade, destacando-se o impacto negativo decorrente do consumo e das cracolândias para as cidades.

A segunda parte é dedicada à fixação de conceitos teóricos relacionados à política pública e os atores envolvidos, assim como a exposição do cenário das políticas públicas desenvolvidas na cidade de São Paulo, especialmente na região da Luz, traçando a atuação nas esferas municipal, estadual e federal.

Na sequência, o capítulo três se concentrará na discussão sobre a compatibilidade das internações compulsórias de usuários de crack em situação de rua, análise feita a partir da perspectiva da liberdade de autodeterminação, a dignidade da pessoa humana, a capacidade de fato, autonomia e direito de personalidade. Acrescenta-se a autodeterminação do dependente químico, a partir da perspectiva dele como paciente, será

analisada com enfoque na bioética, destacando-se não apenas a questão da necessidade ou não do consentimento informado, como também do paternalismo médico.

Por fim, com fundamento nas conclusões obtidas nos capítulos anteriores, o capítulo quatro irá analisar e verificar se o Programa Recomeço adota uma concepção de internação compulsória que seja legalmente defensável, se é que há alguma concepção que seja compatível com o ordenamento jurídico. De qualquer sorte, comprovado que existe sim a possibilidade de aplicar a internação compulsória para alguns casos, irá se analisar se o referido programa se vale no tratamento compulsório em prol dos interesses e necessidades dos dependentes químicos, observando a autonomia dos que são levados a tratamento compulsório.

O trabalho em questão se justifica pelo fato do crack ser atualmente um problema que atinge a todos, mesmo aqueles que não fazem uso da droga e não tenham familiares usuários. Por consequência disso, não poderá o Estado se furtar de oferecer respostas ao problema, o que exige uma atuação ampla e muitas vezes compl. Nesse sentido, a não ser que de fato haja incompatibilidade com o ordenamento jurídico e com os interesses dos dependentes químicos, não parece lógico descartar um tratamento que se mostra compatível e necessário para certos casos, sob pena de se deixar sem tratamento adequado aqueles para quem há indicação médica específica e para os quais não há outra solução adequada.

1. POLITICAS PUBLICAS RELACIONADAS AO CONSUMO DE CRACK: ELEMENTOS PARA A COMPREENSÃO DO PROBLEMA

Muitas são as drogas ilícitas existentes, todas elas com problemas e efeitos que exigem atenção e discussão. No entanto, o crack merece o destaque que ganhou na mídia e na sociedade, pois a realidade envolvendo a droga apresenta diferenças que são marcantes em relação às demais drogas, sobretudo os reflexos negativos para o próprio usuário, familiares e o Estado. O crack vicia o usuário com grande rapidez, provocando decadência física e mental²³, atingindo grande número de pessoas em idade produtiva e desestruturando as relações familiares e afetivas. Não bastasse isso, sem esquecer os problemas relacionados ao tráfico e à criminalidade associada, não se pode deixar de destacar o impacto das crackolândias para as cidades e a questão do consumo pelos usuários em situação de rua.

Essa realidade ao ser analisada com o devido cuidado, mostra-se em toda sua complexidade, justificando-se a existência de programas específicos para cada uma das questões supracitadas, com a prestação de serviços que vão da assistência social, passando pela área de saúde e segurança, e alcançando até mesmo a questão educacional.

O presente capítulo se propõe a apresentar dados e informações que devem ser previamente conhecidos, analisados e entendidos por todos aqueles que tenham como missão apresentar soluções possíveis, formulando e implantando políticas públicas específicas, sobretudo quando se faz necessário a oferta de tratamento para a recuperação do usuário incapacitado de gerir o próprio destino.

²³“Do ponto de vista clínico, a intoxicação via pulmonar pelo crack (cocaína sob a forma de pasta básica, impura) produz uma intoxicação brutal, verdadeira “inundação cocaínica” do organismo, de consequências extremamente graves, como surgimento de parkinsonismo precoce, gravíssimas síndromes de abstinência e morte. A utilização desse produto me pareceu desde o começo extremamente grave e com uma capacidade de matar e de produzir dependência a nível nunca visto.” MACRAE, Edward et al. Diálogo com Dr. Antonio Nery Filho, George Gusmão Soares, Maria Eugênia Nuñez e Edward Macrae sobre o crack. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.). *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso*. Salvador: EDUFBA, 2013, p. 27-58.

1.1 Aspectos humanos e espaciais do consumo de crack no Brasil

Para a formulação de uma política pública voltada ao problema do crack, em que o resgate e a reintegração do usuário de crack, em especial daquele acometido pela dependência química na substância, são os principais objetivos a serem alcançados, faz-se necessário identificar o perfil de quem faz uso da droga e ondem ele está.

Traçado o perfil do usuário, obtém-se o aspecto humano não apenas daquele que consome a droga, mas também daqueles indiretamente atingidos pelos efeitos deletérios relacionados ao uso da substância, entre os quais, os familiares são os mais relevantes. Igualmente importante é a informação sobre o alcance do crack na sociedade, determinando-se o aspecto espacial da questão, informação essa de grande importância, uma vez que poderá subsidiar o planejamento de uma política pública que concentre esforços nos locais com números elevados de casos.

Enfim, a partir das informações colhidas com base nas premissas acima estabelecidas, torna-se possível a formulação de políticas públicas, dentro da escassez de recursos financeiros que caracteriza o Brasil, tanto no plano nacional, quanto nos planos estadual e regional, que não apenas sejam mais adequadas à realidade do local em que serão implantadas, mas também adequadas às necessidades de quem se beneficiará dela. Com isso, será possível utilizar com maior eficiência os recursos materiais e humanos disponíveis, aumentando a possibilidade de se colher melhores resultados em favor dos usuários e familiares beneficiados.

1.1.1 A identificação do perfil dos usuários de crack: quem são eles?

Para se traçar o perfil dos usuários de crack, não basta apenas saber o gênero e a idade do usuário, também é importante saber onde ele vive e como vive. Para isso, a colheita de dados relativos à faixa etária idade, gênero, classe social, distribuição geográfica, enfim, toda e qualquer informação que possibilite identificar quem consome a substância é muito importante para se compreender quem é o dependente que estará sujeito a internação

compulsória objetivo deste trabalho. Isso certamente não é tarefa das mais fáceis, uma vez que o consumo do crack não é um problema localizado, tanto sob o aspecto social quanto geográfico. Aliás, em relação a este último, deve ser destacado que a droga está presente em praticamente todos os municípios brasileiros²⁴, não havendo região do país que não padeça de problemas relacionados ao consumo da substância.

Nesse sentido, observa-se que um dos principais problemas associados ao consumo do crack, com óbvio reflexo para a economia do país das famílias, é que ela atinge em cheio a parcela da população brasileira que se encontra na fase economicamente mais produtiva²⁵. De acordo com estudo elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz, a maioria dos usuários de crack são jovens adultos (a presença de crianças e adolescentes não era expressiva) com idade média de 30 anos²⁶.

O resultado supracitado é compatível com o obtido em outro estudo, elaborado a partir de parceria firmada entre a Secretaria Nacional Antidrogas, o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas CEBRID/UNIFESP e a Embaixada dos Estados Unidos²⁷. No caso, o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001) concluiu que, nas 107 cidades com mais 200 mil habitantes no Brasil (Censo

²⁴ Pesquisa realizada pela Confederação Nacional dos Municípios Brasileiros, com base em informações prestadas pelas secretarias de saúde dos municípios, constatou que o crack é consumido em 90,7% dos municípios e é um problema para 98% deles. Observatório do Crack/Confederação Nacional de Municípios. Brasília: CNM, 2012, p. 12.

²⁵ A existência de grandes contingentes de usuários de crack, compostos, sobretudo, por homens jovens e que apenas subsistem, sem que de fato tenham uma vida com perspectivas concretas, constitui-se um problema que não pode ser desprezado. GUIMARÃES, Cátia; JÚNIA, Raquel. Usuários de crack no centro das atenções. *Revista POLI*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 22, p. 14-19, mar./abr. 2012.

²⁶ Pesquisa elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz, por encomenda da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), para determinar o perfil dos usuários de crack no Brasil. Para tanto, entre março e dezembro de 2012 foram ouvidas 25 mil pessoas de todas as idades e sexos. ESTIMATIVA do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2013, p. 20. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 17 dez. 2014.

²⁷ GALDURÓZ, José Carlos F. et al. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País (2001). São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2002, apresentação.

de 1995), o consumo de crack se concentrava principalmente na faixa etária de 25 a 34 anos²⁸.

Passados quatro anos, foi produzido novo estudo, que resultou no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005), realizado nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes (Censo 2001). O resultado ratificou as conclusões obtidas no levantamento anterior, constatando que o principal usuário de crack é homem (3,2% da população pesquisada) e está na faixa etária entre 25 e 34 anos de idade²⁹.

Todos os estudos apontam que o problema tem grande concentração na faixa etária entre 25 e 34 anos de idade, mas o consumo de crack não é distribuído de maneira equânime entre os sexos masculino e feminino. Muito pelo contrário, os números permitem concluir que o crack é uma droga essencialmente masculina, tanto assim que os homens representam mais de 2/3 (dois terços) dos usuários de crack³⁰.

Uma possível explicação para essa prevalência masculina entre os usuários de crack é defendida pelo psiquiatra Aloísio Antônio Andrade de Freitas³¹, presidente do Conselho de Políticas sobre Drogas do Estado de Minas Gerais. Para ele, entre os motivos possíveis para que o número de mulheres usuárias seja menor, está o fato de que as reações negativas decorrentes do consumo de crack atingem o sexo feminino com maior gravidade, tornando-as mais deprimidas, com maior mal estar e sonolentas.

²⁸GALDURÓZ, José Carlos F. et al. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País (2001). São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2002, p. 78.

²⁹GALDURÓZ, José Carlos F. et al. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País (2005). São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2006, p. 69.

³⁰No que se refere ao estudo da Fiocruz, verificou-se que os usuários do sexo masculino são responsáveis por 78% do consumo de crack. PERFIL dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 8. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 21 jul. 2014.

³¹HOMENS são maioria, mas consumo feminino preocupa. *Em discussão!:* revista de audiências públicas do Senado Federal, Brasília, n 8, p. 29, ago. 2011.

Por isso, de acordo com o psiquiatra, essa intolerância acaba funcionando como uma proteção natural do organismo feminino contra o consumo da droga.

Ainda que o número de mulheres seja bem inferior ao de homens, verifica-se que 10% dos usuários estão grávidas³². É certo que o uso de crack pelos homens poderá resultar em consequências negativas não apenas para o espermatozóide, mas também para o próprio aparelho reprodutor masculino³³. No entanto, os efeitos do consumo da droga na mulher são mais preocupantes, pois não apenas afetam a concepção, mas especialmente o desenvolvimento do indivíduo em formação. É sabido que o consumo de crack durante a gestação afeta o desenvolvimento da criança, sobretudo nos aspectos neurológicos e intelectuais³⁴.

Não bastasse o problema da gravidez em si, verifica-se que o risco é potencializado no caso da repetição do fato, pois a possibilidade de complicações aumenta a cada gestação, uma vez que o organismo da usuária fica sobrecarregado pela sequência de gestações e pelo consumo de crack. A isso se soma o problema da constituição de verdadeiras famílias de usuários de crack, muitas delas em situação de rua, dos quais algumas compostas por diversas crianças.

Na tabela abaixo é apontando o percentual de usuárias que engravidaram desde o início do consumo de crack/similares, dividindo-se os casos de acordo com o local.

³² PERFIL dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 20. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 21 jul. 2014.

³³ RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. 2006. 273 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://comunidadesegura.org/files/controlepenalsobredrogasilicitas.pdf>> Acesso em 22 dez. 2014.

³⁴ Apesar de os efeitos da exposição pré-natal à cocaína não serem sempre catastróficos, eles existem, são graves e, na maioria das vezes, potencializados por outros fatores de risco de difícil modificação. CUNHA, Gabrielle da et al. Prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital geral universitário. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.77, n.5, p.369-373, 2001.

USUÁRIAS QUE ENGRAVIDARAM APÓS INICIAR O CONSUMO DE CRACK

	BRASIL (porcentagem)	Capitais (porcentagem)	Não-capitais (porcentagem)
Nenhuma vez	53,4	53,2	54,1
Uma vez	17,3	15,3	23,5
Duas ou três vezes	22,8	24,2	18,4
Quatro ou mais vezes	6,5	7,3	4,0

Fonte: Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil (FIOCRUZ - 2013) – Tabulação própria

A partir dos dados apresentados, o perfil do usuário de crack vai surgindo de maneira bem nítida. Ele é jovem, com idade girando entre os 30 anos e é do sexo masculino. A essas informações pode se acrescentar que o usuário de crack é em sua maioria negro ou mestiço. De acordo com a Fiocruz há um predomínio de "não-brancos" (80%) entre os usuários do crack, destacando-se, para efeito de comparação, que o percentual é bem superior aos números de "não-brancos" na população em geral (52%)³⁵.

É fato que os usuários de crack experimentam grande desgaste na relação com o núcleo familiar, o que leva não raras vezes a rupturas e afastamentos. Não é de se estranhar que a maioria deles sejam solteiros, no caso, por volta de 60,6%, índice superior à proporção de solteiros existentes na população brasileira, que de acordo com o Censo de 2010 estava na casa dos 55,3%³⁶.

Outro ponto bastante interessante e que merece ser destacado é questão da escolaridade³⁷ dos usuários de crack. A pesquisa aponta que os usuários majoritariamente possuem baixa escolaridade. Nesse sentido,

³⁵ PERFIL dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 9. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 21 jul. 2014.

³⁶ PERFIL dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 10. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 21 jul. 2014.

³⁷ Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, trabalho elaborado pelo IBGE, constatou que entre os escolares que consumiram alguma vez na vida alguma droga ilícita, 34,5% utilizaram maconha enquanto que 6,4% usaram crack, nos 30 (trinta) dias que antecede a pesquisa. Entre os escolares frequentadoras do 9º ano, 0,5 % confirmaram o uso do entorpecente no período. PESQUISA Nacional de Saúde do Escolar 2012. Brasília: IBGE, p. 63, 2013.

divergem dos usuários de drogas que têm nível educacional superior ou que ainda estejam cursando uma faculdade, pois os problemas destes não estão essencialmente relacionados ao consumo de crack, ao contrário, para esse grupo é mais representativo e decisivo o uso do álcool, maconha, remédios, entre outros³⁸.

Os usuários de cocaína e crack também se caracterizam por se negarem em buscar tratamento para curar ou amenizar o vício, pois, entre outros obstáculos, falta a eles a consciência sobre o próprio problema ou a força de vontade necessária para enfrentar o vício. A isso se soma o despreparo do Estado para oferecer tratamento de fácil acesso e serviços profissionais especializados, que atuem de maneira ativa e compatível com as necessidades específicas de tal público³⁹.

A consequência disso é o entendimento equivocado sobre o perfil do crack e as necessidades específicas de cada grupo. Não é de se estranhar que usuários que tenham perdidos por completo a capacidade de gerir a própria vida, provisória ou definitivamente, tenham igual tratamento daquele que consome a substância, mas tem plena consciência da realidade e é capaz de destinar o próprio destino. Nesse cenário verificam-se toda sorte de equívocos, destacando-se a imposição de tratamento compulsório a quem é capaz de fato ou opção de políticas de redução de danos homogêneas para os usuários como se tivessem as mesmas necessidades.

Por fim, verifica-se que o perfil do usuário de crack espelha de certa maneira o perfil do criminoso. Em ambos os casos, pode-se apontar com certa precisão três características comuns entre criminosos e usuários de crack. Os usuários de crack são homens, jovens e negros⁴⁰.

³⁸ PERFIL dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 11. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 21 jul. 2014..

³⁹ MARQUES, Ana Cecília P. Roselli et al. Abuso e dependência: crack. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 287, abr. 2012.

⁴⁰ Em todos os estudos, há um consenso quanto aos efeitos provocados pelo efeito discriminatório das agências encarregadas de conter a criminalidade: a intimidação policial, as sanções punitivas e a maior severidade no tratamento dispensado àqueles que se encontram sob tutela e guarda nas prisões recaem preferencialmente sobre “os mais jovens,

Pois bem, diante do quadro traçado, não há como negar a importância de se estabelecer com a maior precisão possível o perfil dos usuários de crack existente no país, permitindo a formulação de políticas públicas mais adequadas e efetivas, poupando recursos sempre escassos e produzindo resultados positivos, sobretudo para os próprios usuários.

No entanto, não basta apenas conhecer quem são os usuários de crack para que as políticas públicas possam alcançar seus objetivos. Tão importante quanto é saber onde eles estão e quais são os locais em que a droga está mais presente e trazendo maiores consequências negativa, tanto para o usuário quanto para o restante da sociedade. A partir da soma de informações sobre quem é e onde estão os usuários de crack, torna-se possível a existência de políticas públicas direcionadas para as necessidades específicas dos usuários de uma determinada localidade, poupando gastos e colhendo melhores resultados.

1.1.2 A penetração do consumo de crack no território brasileiro: onde estão os usuários da droga?

Traçado o perfil humano do consumo de crack, mostra-se de igual importância entender o aspecto espacial da questão. Para tanto, é imprescindível conhecer como se distribui o uso da substância pelo território brasileiro, tarefa de grande importância para a elaboração de qualquer política pública.

Pois bem, como primeira questão a ser esclarecida surge de forma natural a necessidade de se saber a quantidade de usuários de crack no Brasil. Tomando-se por base levantamento⁴¹ realizado pelo CEBRID em 2005, verifica-se que 0,7% da população brasileira fez uso de crack em algum

os mais pobres e os mais negros”. ADORNO, Sérgio. Racismo, criminalidade violenta e Justiça penal: réus brancos e negros em perspectiva comparativa. *Revista Estudos Históricos*. Rio de Janeiro: FGV, v.9, n. 18, p. 283-300, 1996.

⁴¹GALDURÓZ, José Carlos F. et al. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País (2005). São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2006, p. 314.

momento. É interessante destacar que em estudo anterior⁴², elaborado no ano de 2001, ou seja, realizado quatro anos antes, esse percentual foi de 0,4% da população, o que significa que o consumo quase dobrou em um espaço de tempo relativamente pequeno, concentrando-se principalmente na Região Sudeste e Sul do país⁴³. Registra-se que analisando os números de acordo com o gênero do usuário, percebe-se que o consumo de crack pelos homens é mais que o dobro da média geral, no caso, 1,5% da população brasileira.

A tendência de crescimento no consumo confirmou-se em estudo realizado no ano de 2012, que trouxe dados que permite chegar a conclusões preocupantes. O Brasil, além de ser o segundo maior mercado consumidor de cocaína, é o líder mundial no uso do crack com aproximadamente 20% do consumo global. A isso se soma o fato de que mais de 2,6 milhões de brasileiros já utilizaram a cocaína fumada (crack/merla/oxi), número que representa 1,4% dos brasileiros adultos⁴⁴.

É importante destacar que as pesquisas mencionadas foram realizadas em âmbito nacional e se pautaram pela coleta de dados junto aos próprios usuários e nos locais de consumo. Diante dos números apresentados pelas três pesquisas, chama atenção a conclusão que se pode extrair dos dados obtidos, no caso, de que no espaço de onze anos houve um crescimento superior a quatro vezes em relação ao número de pessoas que consumiram o crack em alguma oportunidade.

⁴²De acordo com o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 0,4% da população brasileira já fez uso de crack, percentual elevado, mas bem abaixo ao verificado nos Estados Unidos (2,4%). GALDURÓZ, José Carlos F. et al. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País* (2001). São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2002, p. 298.

⁴³De acordo com o estudo, se a Região Norte permaneceu como aquela na qual o crack teve menor penetração, as Regiões Sul (1,1%) e Sudeste (0,8%) se consolidaram como as porções do território brasileiro em que o consumo ocorre de maneira mais intensa, o que é agravado pelo fato de que estas duas regiões são exatamente as mais populosas e ricas do país. GALDURÓZ, José Carlos F. et al. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País* (2005). São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2006, p. 395.

⁴⁴LARANJEIRA, Ronaldo et al. *II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. São Paulo: Unifesp. 2012, p. 1. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/>. Acesso em: 04 mar. 2014.

Numa outra vertente, mas também buscando conhecer com maior precisão os números do consumo de crack no território brasileiro, especialmente no que se refere às cidades, a Confederação Nacional dos Municípios optou por coletar dados diretamente com as administrações públicas municipais, por isso, entrevistou representantes de 3.900 cidades do país, das quais em 2.200 os prefeitos participaram ativamente⁴⁵.

Do universo de municípios que participaram do levantamento, 89,7% narraram ter algum tipo de problema com a circulação de drogas em seus territórios. Desses, 6,2% apontaram o crack como a droga predominante, 21,7% indicaram drogas diversas como predominantes, enquanto a maioria dos municípios, isto é, 69,8% relataram que circulam em seus territórios não só o crack, mas outras drogas⁴⁶. Os números obtidos ratificaram os resultados apresentados nos estudos realizados nos anos de 2011(Estudios Técnicos - Volume 3)⁴⁷ e 2012(Estudios Técnicos - Volume 4)⁴⁸

No processo para conhecer cada vez mais detalhadamente os problemas decorrentes do consumo de drogas psicotrópicas, entre as quais o crack, o Conselho Nacional de Municípios inovou no Estudo Técnico de 2014 (volume 6), centralizando a coleta de dados nos 588 municípios localizados na faixa de fronteira⁴⁹ do Brasil, uma vez que neles, além do consumo em si, o tráfico de drogas é um componente crucial do problema⁵⁰.

⁴⁵ ESTUDOS Técnicos CNM. v. 5: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2013, p. 78.

⁴⁶ ESTUDOS Técnicos CNM. v. 5: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2013, p. 79-80.

⁴⁷ "É importante salientar que somente cerca de 2% dos entrevistados mencionou que o crack ou qualquer outra droga não estavam presentes no Município, que não apresentam problemas com circulação ou consumo de drogas. Ou seja, em 98% dos Municípios pesquisados existem problemas relacionados a drogas e/ou ao crack". ESTUDOS Técnicos CNM. v. 3: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2011, p. 158.

⁴⁸ "Quanto à circulação da droga, 6,8% indicaram que o *crack* é a droga predominante, 22,9% indicaram que são outras drogas, e a grande maioria (68,7%) indicou que são ambas as drogas que circulam em seu Município". ESTUDOS Técnicos CNM. v. 4: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2012, p. 44.

⁴⁹ "De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a região da Faixa de Fronteira caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de até 150 km de largura paralela à linha divisória terrestre do território nacional, assim como previsto na Constituição de 1988. A faixa de fronteira no Brasil se estende por aproximadamente 17 mil km e abrange 588 Municípios de 11 Estados. São eles: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina. A soma das áreas desses Estados corresponde a 27% do território brasileiro". ESTUDOS Técnicos CNM. v. 6: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2014, p. 58-59.

⁵⁰ ESTUDOS Técnicos CNM. v. 6: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2014, p. 58.

Os resultados corroboraram os estudos anteriores, confirmando-se que o crack não é a droga mais consumida do país, mas se alastrou por todo território brasileiro, inclusive na faixa de fronteira, em razão de viciar rápido e de maneira intensa⁵¹.

Para melhor compreender a rápida expansão do crack no território nacional e o quanto o consumo está disseminado, é possível recorrer a dois infográficos publicados pela Revista Veja, que utilizando de dados oficiais, apresenta mapas de todo o território nacional e da evolução do consumo entre os anos de 2012 e 2015, cujo crescimento, em relação às cidades que registraram alto consumo nesse período de três anos, foi de 10% (dez por cento)⁵².

⁵¹ESTUDOS Técnicos CNM. v. 6: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2014, p. 62-68.

⁵²VEJA. São Paulo: Abril, n. 2414, 25 fev. 2015, p. 86.

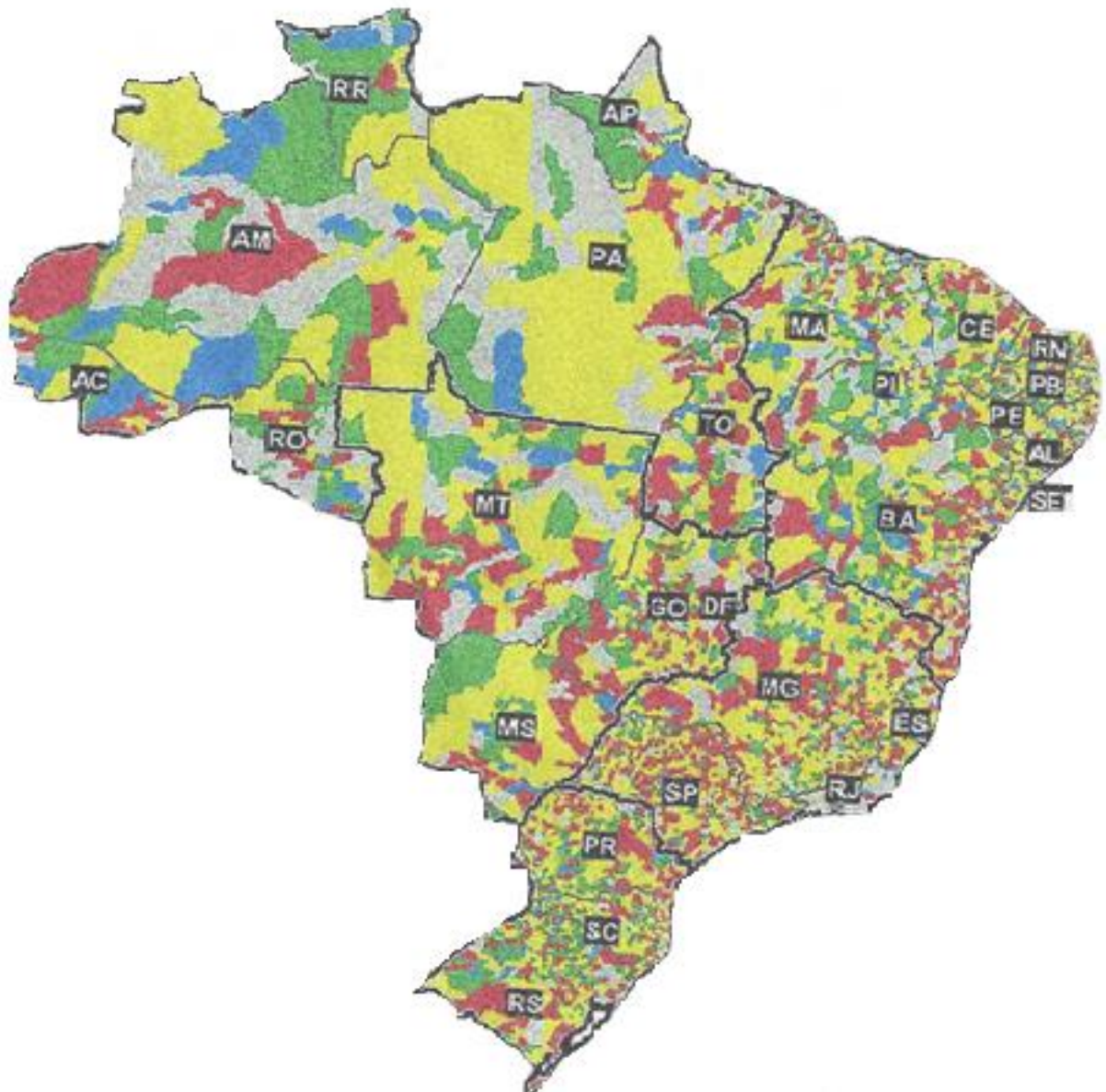
Mapa do consumo de crack (2012)








Baixo	
Médio	
Alto	
Sem resposta	

Fonte: Revista Veja, Observatório do Crack/CNM

Mapa do consumo de crack (2015)



Baixo	
Médio	
Alto	
Não há conhecimento de uso	
Sem resposta	

Fonte: Revista Veja, Fontes: Confederação Nacional dos Municípios (CNM), *National Institute on Drug Abuse*, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas da Universidade Federal de São Paulo (Inpad/Unifesp), Conselho Nacional do Ministério Público e INSS.

A bem da verdade, ainda que se reconheça que os dados acima são importantes para se ter um parâmetro sobre o consumo de crack em cada localidade, não se pode esquecer que eles refletem muito mais uma “sensação” subjetiva da realidade local, não devendo serem vistos necessariamente como uma realidade objetiva⁵³. De qualquer forma, mesmo não sendo o ideal, ao serem englobados a outros estudos, permitem algum direcionamento quando da formulação de políticas públicas específicas.

A discussão sobre o consumo de drogas ilícitas sempre passa pela análise da questão em relação aos estudantes. Não poderia ser diferente em relação ao crack, mas diferentemente do que se verificou na população em geral, o número de estudantes que utilizam a substância segue uma tendência decrescente⁵⁴. Não por outro, reafirmar-se, ainda que seja uma droga que traga enorme preocupação, em comparação com outras, tais como álcool e tabaco, "o crack não é uma droga de destaque entre estudantes"⁵⁵.

Aliás, a redução no consumo não se limita apenas ao crack, mas também se verifica em relação às demais drogas ilícitas (com exceção da cocaína, que é uma forma diversa do crack). Essa redução no consumo de drogas pelos estudantes é verificada tanto nos homens (20,4% em 2004 e 10,3% em 2010) quanto nas mulheres (18,8% em 2004 e 9,4% em 2010), assim como em todas as faixas etárias dos estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública.

⁵³ Ao serem elaborados os mapas de consumo de crack no país, verifica-se que foram utilizados dados (classificação baixo, médio e alto) que não podem, em regra, serem aferidos objetivamente, pois são frutos de questionários respondidos por gestores, muito deles prefeitos, aos quais era pedido que fizessem uma avaliação se o consumo em seus municípios poderia ser considerado baixo, médio ou alto. Obviamente, não havendo um critério definido, ficou a cargo de cada gestor apontar a classificação que entendia aplicável a seus municípios. No estudo técnico realizado em 2012, os gestores apontaram que o consumo seria “baixo em 1.135 cidades (28,1%), médio em 1.809 (44,7%) e alto em 1.078 (26,7%).” Estudos Técnicos CNM. v. 4: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2012, p. 46.

⁵⁴ Tomando-se por base aqueles que usaram a droga nos doze meses anteriores ao levantamento, houve uma alentadora redução entre 2004 e 2010, respectivamente, de 0,7% para 0,4%. VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras 2010. São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2010, p. 412.

⁵⁵ VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras 2010. São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2010, p. 413.

**Variação do consumo de drogas por estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de 27 capitais brasileiras entre os anos 2004 e 2010
(por faixa etária)**

Faixa etária	2004 (porcentagem)	2010 (porcentagem)	Diferença (porcentagem)
10-12 anos	10,2	4,6	-5,6
13-15	30,3	8,4	-21,9
16-18	26,6	15,7	-10,9
+18	29,2	15,2	-14,0

Fonte: V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004 e VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2010. SENAD e CEBRID/UNIFESP – Tabulação própria

No que se refere aos universitários, é certo que não poderá se aplicar as conclusões acima mencionadas a essa parcela considerável dos estudantes brasileiros. Por apresentarem características distintas dos estudantes de primeiro e segundo grau, não apenas em relação à faixa etária, mas também por causa dela, os dados supramencionados não se prestam a traçar o perfil dos usuários de crack que pertencem a essa parcela da sociedade.

Registra-se que grande parte dos universitários fez uso de droga ilícita em alguma ocasião de suas vidas. Essa afirmação encontra amparo em levantamento realizado em todo país, que verificou que 48,7% dos universitários brasileiros, ou seja, quase a metade, consumiu em algum momento de suas vidas substâncias psicoativas, sendo que desses 1,2% utilizaram o crack⁵⁶.

É inegável pelos números apresentados que o crack, perto do consumo de drogas como cocaína, maconha, álcool e tabaco, entre outras, representa um percentual bem pequeno, confirmando-se o entendimento de que o crack não é uma droga que se destaca entre os estudantes. No entanto, os problemas decorrentes dele para o próprio usuário, famílias e sociedade são bastante representativos.

⁵⁶ ANDRADE, Arthur Guerra de; DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília, DF, Brasil: SENAD - Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas; 2010. p.56.

E ainda que não seja um grande problema em relação aos estudantes em geral, o mesmo não pode ser dito em relação ao restante da população. Por isso mesmo, depreende-se dos dados colhidos que o consumo da substância cresceu e, hoje, é bastante significativo.

Além disso, ainda que existam maiores concentrações de usuários em grandes cidades, o problema alcança todo tipo de aglomerações humanas, fato este que impõe dificuldades para quem elabora políticas públicas para o enfrentamento ao crack, pois deverão adequar os serviços e estruturas necessárias para o enfrentamento da questão à realidade local. Atentando-se, sempre, que não há como se formular uma única política pública que não apenas alcance todos os grupos de usuários do país ou mesmo de uma localidade mais limitada, e que tenha eficácia em relação a todos.

Neste contexto, a cidade de São Paulo se destaca, pois não apenas foi nela que o uso da droga foi detectado pela primeira vez, mas por concentrar grande número de usuários da droga, especialmente aqueles que se encontram em situação de rua. Daí a necessidade de políticas públicas específicas, que nem sempre se pautam pela proteção dos usuários, mas por apresentarem perspectivas diferentes acabam se mostrando úteis ao se analisar o que deve e o que não deve ser feito.

1.2 Efeitos do crack para os indivíduos e para os núcleos familiares

Estabelecido o perfil dos usuários de crack, ou seja, quem eles são e a distribuição do consumo pelo país, percebe-se que para a formulação de políticas públicas específicas também se faz necessário saber quais os efeitos e as consequências do consumo da droga para o próprio usuário e para o núcleo familiar.

Nada mais lógico, afinal, não basta apenas saber quem e quantos são os usuários de crack ou onde eles estão. É preciso compreender como a droga afeta a pessoa e quais consequências para ele e para os familiares. São essas informações que permitirão definir o que a política pública irá oferecer como resposta para o problema que se apresenta.

1.2.1 Consequências do consumo de crack para o usuário

O crack passou a ser um problema para o Brasil a partir de meados da década de noventa⁵⁷, mas desde a década de 1970 era consumido nos Estados Unidos⁵⁸. Entre os principais motivos que levaram a sua popularização, destaca-se a ideia equivocada de que seria uma droga barata, o que não é verdade, pois a "pedra" tem muito menor quantidade do princípio ativo do que a cocaína em pó. Consequentemente, a mesma quantidade de crack e de cocaína em pó tem percentuais diferentes de princípio ativo, daí o preço para se adquirir a primeira droga ser mais barato.

De qualquer sorte, os efeitos decorrentes de seu uso são mais intensos, uma vez que a droga aspirada é lançada pelos pulmões⁵⁹ diretamente na corrente sanguínea⁶⁰. Entretanto, a maior intensidade não significa duração mais prologada do efeito, ao contrário, este dura menos tempo do que ocorreria se a cocaína em pó fosse aspirada. Isso leva o viciado a ter que se drogar com maior frequência, gerando ainda mais lucro para o traficante e, por consequência lógica, maiores gastos para o usuário⁶¹.

A figura no usuário de crack em situação de rua se destaca, pois, ainda que não seja correto recorrer a generalizações, duas características são bem

⁵⁷O crack chega ao Brasil e, em 1989, há o primeiro relato de uso na cidade de São Paulo. Na década de 90, o uso da cocaína, incluindo o crack, tem sua escalada em todo o mundo, mas o *crack* permanece restrito a grupos marginalizados. PULCHERIO, Gilda et al. Crack: da pedra ao tratamento. *Revista da AMRIGS*. Porto Alegre, n. 54, p. 337-343, jul.-set.2010.

⁵⁸De acordo com o pesquisador americano Ney Jansen, o crack surgiu na década de 1970, mas se tornou popular na década seguinte entre moradores de bairros pobres de grandes cidades dos Estados Unidos, como Nova York, Los Angeles e Miami, principalmente entre jovens negros e de origem hispano-americana. SURGIDO nos EUA, o crack chegou ao Brasil nos anos 80. *Em discussão!:* revista de audiências públicas do Senado Federal, Brasília, n 8, p. 16, ago. 2011.

⁵⁹Do pulmão, órgão muito vascularizado e com grande superfície, o cloridrato de cocaína chega imediatamente à corrente sanguínea, e daí diretamente ao cérebro, em apenas dez segundos. Os efeitos da cocaína são sentidos entre dez e 15 minutos depois da inalação. SÃO 10 segundos até a euforia e 10 minutos até a depressão. Depois a dependência. *Em discussão!:* revista de audiências públicas do Senado Federal, Brasília, n 8, p. 14, ago. 2011.

⁶⁰CARTILHA sobre maconha, cocaína e inalantes. *Série por dentro do assunto: drogas*. Brasília: Senad, 2004, p. 24.

⁶¹É classificada pelos traficantes como uma droga de fácil acesso, de matéria prima barata, e muito lucrativa sua comercialização por ser uma droga que tem um rápido início de ação e curta duração de efeito. Assim, necessitando ser mais consumida para aliviar as fissuras ocasionadas por seu consumo, torna-se bastante onerosa para seus consumidores. OLIVEIRA, Cynthia Brito de; SOUZA, Maria Rodrigues de. Dependência química do 'crack' como gerador da criminalidade no âmbito patrimonial. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Publica*, v. 1, n. 1, p. 2, jan.-mar. 2013.

marcantes em muito deles: a falta de cuidados com a higiene e a magreza exacerbada⁶² ou até mesmo cadavérica decorrente da perda de apetite⁶³.

Um dos problemas mais graves ao se elaborar uma política pública específica para os usuários de crack é a questão das grávidas⁶⁴, pois os efeitos danosos da substância não atingem apenas quem consome a droga diretamente, mas o feto em formação⁶⁵. De acordo com o Helcio Bahia Corradini⁶⁶, a exposição ao crack poderá levar à má-formação do cérebro do feto, além de comprometer o funcionamento normal do referido órgão.

A realidade descrita no decorrer do presente tópico impõe definições, afinal, diante dos problemas relacionados ao consumo do crack para os usuários e para terceiros, como nos casos da gravidez de usuárias, não há respostas óbvias. É certo que o usuário não deve ser visto como objeto ou como um indesejado. Por isso, quando da formulação de políticas públicas, questões como o interesse do feto da usuária grávida não podem ser colocados de lado⁶⁷.

⁶²O crack e a merla provocam também um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, falta de apetite. Esse último efeito é muito característico do usuário de crack e merla. Em menos de um mês, ele perde muito peso (8 a 10kg) e em um tempo maior de uso ele perde todas as noções básicas de higiene, ficando com um aspecto deplorável. Por essas características, os usuários de crack (craqueros) ou de merla são facilmente identificados. Livroto sobre drogas psicotrópicas. LIVRETO sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. 5. ed. Brasília: SENAD/CEBRID, 2011, p. 38.

⁶³De acordo com Salete Bessa, a falta de alimentação adequada e em quantidade suficiente afeta a imunidade do indivíduo, tornando-o suscetível a várias doenças. JORGE, Maria Salete Bessa et al. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, out. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a15.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

⁶⁴Solange Aparecida Nappo, constatou que as usuárias de crack recorrem com frequência à prostituição para poderem bancar a aquisição da droga, pratica essa realizada, muitas vezes, sem o uso de preservativo. NAPPO, Solange Aparecida et al. *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS*. São Paulo: CEBRID, 2004, p. 58.

⁶⁵O uso do crack pela mulher grávida pode levar a abortamento do feto e a intercorrências durante a gestação, tais como taquicardia, hipertemia, hipertensão e descolamento prematuro da placenta. No feto afeta o crescimento e a oxigenação, podendo levar a partos prematuros, isquemia, atresia intestinal, enfartes intestinais. ALENCAR, Júlio César; JUNIOR, Carlos Augusto Alencar; MATOS, Aline de Moura Brasil. "Crack Babies": uma revisão sistemática dos efeitos em recém-nascidos e em crianças do uso do crack durante a gestação. *Revista de Pediatria SOPERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 16-21, 2011.

⁶⁶CORRADINI, Helcio Bahia. Cocaína: efeitos na gestante e nas crianças. *Pediatria* (São Paulo), v.18, n.4, p.171-174, 1996.

⁶⁷A internação compulsória de usuárias de crack em razão da gravidez será discutida no capítulo 3.

1.2.2 Consequência do consumo do crack para o núcleo familiar

O processo de ruína provocado pelo crack não se limita ao usuário, muito pelo contrário, costumeiramente alcança o núcleo familiar⁶⁸ ao qual ele pertence, que não raro é vítima de violência por parte do membro viciado. Não é por outro motivo que Oswaldo da Rocha Michel⁶⁹ afirma que uma das características da dependência química é ser uma doença familiar, que traz a reboque uma série de efeitos negativos⁷⁰.

Para qualquer um que tenha acompanhado ou tenha algum contato com uma família que possuam algum dependente químico, percebe-se que o vício torna-se um elemento fragilizado das ligações e dos rituais de respeito e proteção que existem entre os familiares. Em alguns núcleos familiares há uma constante busca pela "cura" do familiar doente, resistindo aos reverses e às recaídas do usuário. No entanto, o oposto também é verdadeiro, pois, seja pela menor coesão ou pela reação mais negativa ao viciado, há núcleos familiares que, adoecidos pelo vício de seu membro, optam por segregá-lo, muitas vezes expulsando-o para a rua quando não é possível recorrerem a algum tratamento.

Nem sempre o papel de vítima cabe à família. Não é incomum que ela seja o elemento catalisador que levou alguém ao uso do crack (ou outras drogas). Ao se verificar o histórico familiar em tais casos, percebe-se que a presença da violência constante, desagregação e da falta de solidariedade entre os membros, ou até mesmo a influência decisiva de um membro para o novo caso de vício em drogas no núcleo familiar⁷¹.

⁶⁸WRIGHT, Maria da Glória; CHISMAN, Wright, Anna McG. A saúde internacional, o fenômeno das drogas e a profissão de enfermagem na América Latina. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 13, n. 2, p. 264-271, abr./jun. 2004.

⁶⁹MICHEL, Oswaldo da Rocha. *Álcool, drogas e alucinações: como tratar*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 273.

⁷⁰BATISTA, Marcos. Drogas, estado, sociedade. In BATISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina. *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 129-145.

⁷¹SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2014.

Nesse contexto, a formulação de uma política pública deverá se ater a essas peculiaridades, compreendendo que a família, a depender o caso, poderá exercer papel decisivo no processo que leva um ou alguns de seus membros a se tornarem usuários de drogas⁷², ou, em sentido oposto, erigindo-se em barreira impeditiva para que seus membros não façam uso de drogas ou não se tornem dependentes químicos. Essa dupla faceta acaba por afastar a visão de que a família estaria necessariamente em situação passiva diante do vício em drogas. Ao contrário, ela poderá, ainda que inconscientemente, estimular ou desestimular alguém a consumir drogas⁷³.

De qualquer modo, todos os membros da família são atingidos⁷⁴. Alguns sofrem os efeitos deletérios do vício do familiar em seu próprio corpo, como são os casos dos chamados filhos do crack, muito deles gestados por usuárias adolescentes, que fugitivas de seus lares perambulam pelas ruas⁷⁵.

⁷²PINHO, Leandro Barbosa de et al. Consumo de crack: repercussões na estrutura e na dinâmica das relações familiares. *Enfermería Global*. Murcia: Universidad de Murcia. v. 11, n. 01, p. 150-160, jan 2012. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_docencia3.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2014.

⁷³"De modo geral, o papel da família pode ser compreendido a partir de três lócus principais. O primeiro se refere à centralidade das famílias como fator de proteção social, o que implica ter presente seu caráter ativo e participante nos processos de mudança; o segundo ressalta a família como aquela que, paradoxalmente, pode formar ou destruir, dar identidade ou desintegrar o indivíduo em formação e o terceiro refere-se à sua importância na promoção e manutenção da saúde entre seus membros". SELEGHIM, Maycon Rogério et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeiro Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, set./out. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2014.

⁷⁴"O sentimento de culpa pelo sofrimento e pela "codependência" dos familiares se dissolve um pouco a partir da ideia de universalidade do problema: "nenhuma família hoje se escapa mais disso" (I-R), afirma um interlocutor. [...] A ideia de que todas as famílias convivem com o problema das drogas parece funcionar, nesse caso, como uma espécie de apaziguador do sentimento de culpa dos usuários, pois eles não são os únicos a causarem sofrimento aos pais." ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia, ideologia e cocaína (Crack): produzindo "refugio humano". *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 18, n. 3, p. 373-382, set./dez 2013.

⁷⁵"Difícil avistar um grupo de usuários de crack em que não haja uma menina grávida. Desviamos o olhar para não correr o risco de encontrar o delas, embaçado pela escravidão da dependência.

A razão que as leva a conceber um filho na miséria em que se encontram são óbvias: crack é droga psicoativa de uso compulsivo que destrói o caráter e subjuga o arbítrio. É um experimento macabro da natureza que reduz seres humanos à situação de animais de laboratório, condicionados a buscar, a qualquer preço, a recompensa que a cocaína lhes traz. Quando o adolescente rouba a aliança de casamento da mãe viúva que pega três conduções para chegar ao trabalho, não é por falta de amor, mas pela necessidade. É a premência incoercível para sentir o baque da cocaína no cérebro, prazer intenso e fugaz como o orgasmo, que o leva a arruinar o futuro pessoal e a infernizar a vida dos familiares." VARELLA, Draúzio. Prosa cruel e necessária: as mães do crack. *Revista Íátrico*, Curitiba: CRM/PR. n. 32, p.56-57, 2013.

Para outros o vício de um familiar leva ao rompimento de relacionamentos e vínculos, no qual o cônjuge não suportando o vício do parceiro põe fim à união conjugal, muitas vezes afetando a prole comum que é afastada de seu genitor ou genitora sob o domínio do vício. E muitas ocasiões, quando resta algum familiar para apoiar o usuário dependente, na maioria das vezes eles são os genitores, que acabam se tornando tanto vítimas do usuário, como pontos de apoio dos filhos na busca pela cura⁷⁶.

Diante desse quadro, não há como nenhuma política pública que busque a eficiência desconsiderar a questão da família⁷⁷ para os usuários de crack, sobretudo quando se faz necessário atuar para que o núcleo familiar possa superar seus próprios problemas e assim contribua para a recuperação de seu membro.

Ademais, no que se refere aos tratamentos hospitalar dos usuários de crack, a família tem grande importância no convencimento e apoio para que seu membro aceite voluntariamente o tratamento, assim como é de capital importância para que as internações involuntárias e compulsórias possam ser aplicadas ao familiar dependente químico.

Aliás, mesmo em relação àqueles usuários de crack que estão em situação de rua e que perderam todos os vínculos, a questão familiar é bastante importante. Por isso, depois de finalizada a internação compulsória, o tratamento prossegue com a utilização de outros recursos terapêuticos, cuja finalidade não é apenas a solução da questão médica, mas também da questão social. Logo, a reconstrução das relações familiares e o restabelecimento ou criação de laços afetivos/amizade⁷⁸ poderão garantir não apenas a proteção necessária para que o dependente químico alcance a

⁷⁶SELEGHIM, Maycon Rogério et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeiro Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, set./out. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2014.

⁷⁷PULCHERIO, Gilda et al. Crack: da pedra ao tratamento. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, n. 54, p. 337-343, jul.-set.2010.

⁷⁸“o conceito de cuidado utilizado pelo Ministério da Saúde relaciona-se ao de rede pública ampliada, com intervenção simultânea nos fatores clínicos — dependência e condições psíquicas dos usuários — e sociais, como vulnerabilidade e fragilidade dos laços de pertencimento à família, escola, trabalho, lazer e comunidade.” MACHADO, Katia. Crack, questão de saúde pública. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 92, p. 19-21, abr. 2010.

recuperação do vício, mas para que não sucumba novamente e volte a consumir a droga que o viciou.

1.3 O Estado frente ao crack: os problemas associados ao consumo da droga e o impacto no orçamento público.

Os efeitos decorrentes do consumo de crack não se limitam apenas aos usuários e aqueles que fazem parte de seus vínculos de relacionamento pessoal e profissional. Atinge toda a sociedade, ainda que muitos de seus integrantes não tenham nenhuma ligação pessoal com alguém que faça uso do crack ou de qualquer outra droga ilícita.

A consequência disso é que o Estado ver-se obrigado a assumir gastos para conter os efeitos negativos desse consumo, que vão da criminalidade à oferta de serviços médicos especializados. É lógico que isso representa a utilização de recursos quase sempre escassos, impactando de maneira negativa os orçamentos públicos.

1.3.1 Criminalidade em razão do crack

Os usuários de crack e de outras drogas são vítimas das substâncias que consomem. Suas vidas profissionais são prejudicadas, as relações familiares ficam fragilizadas ou totalmente rompidas, o organismo paga um preço muito alto, enfim, é possível apontar muitos outros efeitos deletérios para usuário. No entanto, não é incomum o usuário assumir o papel de agressor, transformando familiares e desconhecidos em vítimas.

O consumo de crack é fator importante para a existência de vários casos de violências praticados entre familiares. Há desde o abandono de incapazes, filhos de usuários, largados à própria sorte por pais sem a mínima condição de cuidares deles próprios até a coação física praticada por filhos usuários contra genitores, com o objetivo de obter recursos para adquirir o crack. Em alguns casos extremos, ante o temor das agressões constantes e ofensas sistemáticas, tem-se os exemplos de reações extremas por parte desses

genitores, que em algumas situações resultam em verdadeiras tragédias familiares⁷⁹.

A prática de furtos e roubos para a aquisição de drogas, a prostituição de usuárias⁸⁰, a violência contra familiares, a destruição de patrimônio alheio, o pequeno tráfico feito pelos usuários para sustentar o próprio vício, esses são apenas alguns exemplos⁸¹ de delitos relacionados aos próprios usuários. Todavia, deve ficar claro que o consumo de drogas é um problema que não se limita apenas aos usuários. Se há o consumidor, precisa existir aqueles que produzem e fornecem o produto. É uma via de mão dupla, não havendo como

⁷⁹"Domingo de Páscoa, 12 de abril de 2009. A data festiva, comemorada com um churrasco na casa de Flávia Costa Hahn, 65 anos, não traz boas lembranças. Foi nesse dia que a aposentada viu a vida ruir quando, em um momento de desespero, acabou baleando o único filho. Viciado em crack, Tobias Lee Manfred Hahn, 25, morreu na hora. Mesmo diante da tragédia, ela aprendeu a lidar com a dor e segue a vida. "O ser humano é mais forte do que a gente imagina. Separei o passado do presente, pois creio que tenho ainda alguma tarefa aqui na Terra", diz a mulher, que ainda mora no imóvel onde aconteceu o assassinato, em um bairro nobre de Porto Alegre.

[...]

Na tarde em que foi morto, Tobias havia tido uma violenta discussão com a mãe. A briga foi motivada pela recusa de Flávia ao pedido dele por dinheiro. Inconformado com a negativa, ele começou a agredi-la. O jovem pegou a aposentada pelos cabelos e a arrastou pela cozinha. Quebrou pratos, copos, jogou a mãe sobre os cacos. Enfurecido, liberou o gás do fogão e disse que iria explodir a casa. Com uma faca nas mãos, Tobias fez novas ameaças. Com medo, Flávia procurou o revólver do marido, uma pistola calibre .40, na tentativa de assustar o filho. O rapaz não se intimidou e partiu para cima dela. Apavorada, disparou para cima em uma tentativa de afastá-lo. O tiro atingiu o pescoço de Tobias, que morreu na hora. Nem mesmo o fato de ter sido inocentada pela Justiça foi capaz, em um primeiro momento, de aliviar a dor de Flávia. "Cheguei a brigar com Deus por ter deixado acontecer algo tão terrível, mas, com o tempo, entendi e pedi perdão. Agradei pelo privilégio de ter convivi do com o meu filho por 25 anos, pois, tirando os oito anos das drogas, fomos imensamente felizes. Isso é o que conta."

Mais serena e consciente de que fez tudo o que estava ao alcance para salvar Tobias, no último dia da série Vidas roubadas, ela deixa uma mensagem aos pais que passam pelo problema. "Fiquem atentos às mudanças de comportamento, digam a eles que o crack não tem volta. Nesses últimos anos, tentei ajudar várias pessoas, mas nenhuma delas teve reabilitação total. Por isso, é melhor evitar do que lamentar", sentencia. A saudade do filho tão desejado e amado ainda consome a mulher que sempre sonhou em ser mãe. "Tenho certeza de que, no meu último segundo de vida, vou estar pensando nele." CIEGLINSKI, Naves. O crack por trás de uma tragédia. *Correio Braziliense*, Brasília, 28 fev. 2014. Cidade, p. 22.

⁸⁰O contágio por doenças venéreas e pela AIDS é um dos riscos da prostituição de usuária de crack, que muitas vezes se relacionam sem qualquer proteção LIVRETO sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. 5. ed. Brasília: SENAD/CEBRID, 2011, p. 41.

⁸¹"Como a fissura gerava uma sensação de urgência por crack, o usuário esgotava rapidamente seus recursos financeiros, vendo-se obrigado a realizar atividades fora do mercado legal de trabalho, comprometendo sua liberdade e integridade física. Os entrevistados relataram a realização de inúmeras atividades ilícitas, a citar: prostituição, tráfico, roubos, sequestros, venda de pertences próprios e familiares e golpes financeiros de naturezas diversas" OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

dizer que o simples ato de consumir droga não traz maiores consequências, atingindo quando muito o usuário e aqueles que estão próximos deles. O tráfico é um problema que atinge a todos, pois é responsável por grande parcela da violência e dos crimes associados⁸².

De acordo com o economista Carlos Eduardo Gonçalves⁸³, caso fosse aprovada a liberação da comercialização das drogas, a estrutura relacionada ao narcotráfico desapareceria, deixando de haver a contraposição entre polícia e traficantes, liberando mão de obra utilizada para a comercialização das drogas e a manutenção do negócio, o resultado disso seria a redução dos índices de criminalidade e violência. Nesse contexto, parcela das pessoas envolvidas com o tráfico passaria a exercer atividades legais e outra parcela permaneceria com a prática de atividades ilegais, cometendo outros delitos.

De mais a mais, a redução da violência não necessariamente significaria a redução do consumo, ao contrário, há o risco de que o uso aumentasse muito. Ora, as drogas são produtos que despertam grande interesse em seus consumidores, o que faz dela um produto potencialmente lucrativo, mesmo dentro de um comércio formal e regulamentado. Não é de se estranhar que o economista Carlos Eduardo Gonçalves fale na substituição do gerente do tráfico “por pessoas com capacidades diferentes, como bons conhecedores de marketing ou entendimento de logística”⁸⁴.

Importante destacar que a utilização de drogas não é uma atividade sem consequências criminais, ainda que o mero ato de consumir não seja considerado delito. A legislação brasileira há muito considera o usuário de drogas psicotrópicas um criminoso, inclusive vigorou até pouco tempo atrás a Lei nº 6.368/1976 que previa a possibilidade de encarceramento daqueles que estivessem em posse de drogas, ainda que para consumo próprio.

⁸²O *crack* direta ou indiretamente está relacionado ao aumento da criminalidade associada ao tráfico, com intensos efeitos negativos para a área da segurança pública. De acordo com estudo técnico direcionado aos municípios, “os casos mais citados pelos munícipes são os de aumento de furtos, o que compromete a segurança para a comunidade, seja nas escolas ou nas ruas, a maioria relata também que há alto nível de violência, tanto familiar quanto urbana, outra situação bastante relatada é a falta de efetivo policial.” ESTUDOS Técnicos CNM. v. 4. Brasília: CNM, 2012, p. 77.

⁸³GONÇALVES, Carlos Eduardo; GUIMARÃES, Bernardo. *Economia sem truques: o mundo das escolhas de cada um*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 187.

⁸⁴GONÇALVES, Carlos Eduardo; GUIMARÃES, Bernardo. *Economia sem truques: o mundo das escolhas de cada um*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 187.

Reafirmar-se, o ato em si de consumir drogas não é crime. No entanto, os verbos que tipificam os delitos de tráfico e de uso (Lei nº 11.343, de 2006) são tantos que se torna praticamente impossível alguém consumir qualquer droga sem enquadrar-se em alguma das condutas relacionadas⁸⁵.

De qualquer sorte, a partir da Lei nº 11.343/2006⁸⁶ houve uma evolução no entendimento estatal sobre os dependentes químicos. Assim, por intermédio de seu art. 28, eliminou-se a possibilidade de penas privativa de liberdade, substituída por algumas penalidades bem mais brandas e compatíveis com a conduta do usuário. Logo, não há que se falar em descriminalização ou despenalização⁸⁷, mas tão somente numa adequação da norma à política atual de proteção e resgate do viciado⁸⁸.

⁸⁵O artigo 28 elenca as condutas que tipificam o delito de posse de drogas para consumo pessoal.

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

O artigo 33 relaciona as condutas que tipificam o crime de tráfico:

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500

(quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa. BRASIL Vade-mécum saraiva. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 1736-1737.

⁸⁶ Em outubro de 2006, entrou em vigor no Brasil a Lei 11.343/2006, popularmente chamada, na época, de Nova Lei de Drogas, e que revogou as duas leis anteriores que versavam sobre a questão das drogas ilícitas - a Lei 6.368/1976 e a Lei 10.409/2002. Essa nova lei foi fruto de movimentação política imediatamente posterior à entrada em vigor da referida legislação de drogas de 2002, que teve vetada pela Presidência da República grande parte de seus artigos mais inovadores. A nova lei de 2006, portanto, é vista como uma nova tentativa de flexibilizar a legislação de drogas do país.

[...]

A nova lei foi importante ao introduzir definitivamente a despenalização da posse e do cultivo de droga para uso próprio na legislação nacional. Nesse sentido, reafirmou-se uma política mais progressista com relação ao usuário de drogas, que, segundo a lei, não poderia mais ser socialmente equiparado à condição de traficante. POLÍTICA de drogas: novas práticas pelo mundo. Rio de Janeiro: Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia, 2011, p. 12.

⁸⁷ FILHO, Vicente Greco; RASSI, João Daniel. *Lei de drogas anotada*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 44.

⁸⁸ Considera-se que o papel do Brasil na atualidade é o de vanguarda na política de drogas da América Latina, pela política oficial brasileira de redução de danos e a descarcerização do usuário na nova lei, tendo em vista que os demais países do continente aplicam políticas mais repressivas do que a brasileira. O Brasil se aproxima mais da linha proibicionista moderada

Observa-se que o Estado acabou por evoluir no entendimento sobre o usuário, mesmo que ainda o considere um criminoso. No entanto, cabe apontar uma crítica ao novo cenário apresentado pela Lei nº 11.343/2006, calcado em uma concepção de justiça terapêutica. Ainda que tenha viés humanista, ao impor ao usuário um tratamento para o vício, deixando de observar a autonomia do usuário capaz de fato e de direito para decidir se quer ou não se tratar, o Estado acaba agindo de maneira autoritária, o que faz com que a medida perca o caráter terapêutico para assumir a natureza de mera penalidade⁸⁹.

A criminalização em relação ao porte de droga é um daqueles temas que despertam debates acalorados, o que não chega a ser um problema, desde que não fique indefinidamente no campo teórico, sem uma resposta concreta. Ora, não há como negar que há estreita correlação entre o consumo e o fornecimento, de maneira que o tráfico de drogas existe para manter o vício dos usuários. Daí o argumento de que é preciso combater esse, pois, ainda que indiretamente, contribui para o tráfico e para os crimes correlatos. Noutro giro, a droga tem como principal vítima o próprio usuário, chegando ao ponto de se tornar uma necessidade que não atendida gera sofrimento ao dependente químico. Logo, tratar o usuário como criminoso não parece ser a medida mais adequada, pois a eles deverão ser garantidos os meios e serviços necessários para que possa enfrentar o vício e alcançar o equilíbrio.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo foi responsável pelo ajuizamento do Recurso Extraordinário nº 635.659, utilizando-se como fundamento o disposto no inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, ou

dos países da Europa Continental do que da política norte-americana federalista". BOITEUX, Luciana et al. Sumário executivo: relatório de pesquisa 'Tráfico de Drogas e Constituição' – projeto pensando o direito. UFRJ/UnB. jul. 2009. Disponível em :<http://arquivos.informe.jor.br/clientes/justica/agencia/agosto/Sumario_executivo_pesquisa_Tráfico.pdf> Acesso em: 29 jul. 2014.

⁸⁹Baseada no modelo das *Drug Courts* norte-americanas, pretende manter o usuário dentro do controle estatal, com instrumentalização do tratamento de desintoxicação, previsto e imposto como único meio de se evitar a prisão. O Poder Judiciário atua como “facilitador” do tratamento e, através da ameaça de prisão, pretende impor um novo tipo de comportamento ao usuário, como forma de padronização e “cura”, objetivando a abstinência total por parte do agente. A cura é vinculada ao sistema penal, vista como uma solução para todos os males. RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. 2006. 273 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006. Disponível em: <<http://comunidadesegura.org/files/controlepenalsobredrogasilicidas.pdf>> Acesso em 22 dez. 2014.

seja, o direito à intimidade e à vida privada. No recurso em comento, a Defensoria Pública defende a inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei 11.343/2006, que tipifica como crime o porte de drogas para o uso próprio, pois não haveria que se falar em ofensa à saúde pública, que seria o objeto jurídico do delito de tráfico de drogas, mas à saúde do próprio usuário.

Diante da relevância da questão, cuja solução produzirá reflexos em vários casos semelhantes, o STF ⁹⁰acabou por reconhecer a repercussão geral da questão suscitada. No entanto, até o momento em que este trabalho foi concluído, não havia uma definição sobre o tema, mas a sinalização dada pelo relator é favorável à descriminalização do porte de drogas⁹¹.

Ao se pensar sob a perspectiva de uma política pública em prol dos usuários de crack e outras drogas, não é difícil concluir que será bem mais fácil atrair e ofertar serviços e tratamentos se aquele que portar drogas para o próprio consumo não carregar o estigma de ser um criminoso passível de ser punido⁹².

No que se refere à criminalidade relacionada às drogas, verifica-se que a partir da introdução do crack nas cidades houve um aumento expressivo de casos de violência⁹³, muitos deles dirigidos contra usuários, alguns pela falta de pagamento a traficantes, outros por desavenças entre usuários. Isso sem mencionar os delitos praticados pelos próprios usuários para manterem o vício,

⁹⁰O Tribunal reconheceu a existência de repercussão geral da questão constitucional suscitada. Não se manifestaram os Ministros Min. Cezar Peluso, Min. Joaquim Barbosa e Min. Cármen Lúcia. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 09 ago. 2012. p. 30. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/djEletronico/DJE_20120308_050.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

⁹¹O julgamento do Recurso Extraordinário 635.659 foi suspenso em razão do pedido de vista do ministro Teori Zavascki. Até o momento voltaram os ministros Gilmar Mendes (relator), Edson Fachin e Luís Roberto Barros e todos entenderam pela descriminalização do porte de drogas para consumo pessoal. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4034145>>. Acesso em: 29 set. 2015.

⁹²Nesse ponto, deve se concordar com Maurício Fiore, para quem “uma política justa e eficiente sobre drogas pressupõe, no mínimo, a descriminalização do consumidor.” FIORE, Maurício. O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estudos - CEBRAP*, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n92/n92a02.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2015.

⁹³No Brasil, observou-se um aumento acentuado na apreensão de *crack* no ano de 2007. Este aumento ocorreu em todas as regiões, exceto a Norte. Houve tendência de aumento nas Regiões Nordeste e Sul e de decréscimo nas Regiões Norte e Centro-Oeste. Na Região Sudeste, a apreensão diminuiu em 2002, mantendo-se aproximadamente constante até 2006 e registrando um brusco aumento em 2007. RELATÓRIO brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD, p. 2009, p. 32.

tais como roubos e furtos, ou mesmo pelos traficantes em caso, por exemplo, de disputas por pontos de comercialização de substâncias entorpecentes⁹⁴.

E o mais grave deste aumento de violência⁹⁵ é que as principais vítimas são os jovens do sexo masculino. Tomando-se o caso de Belo Horizonte como exemplo, pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisas em Segurança Pública da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), constatou que a partir da introdução do crack, o município experimentou um considerável aumento do número de homicídios, sobretudo no âmbito da população masculina e na faixa etária que vai dos 15 ao 24 anos de idades, situação esta que supera em 2,5 vezes o número de homicídios registrados na faixa de adultos acima dos 25 anos⁹⁶.

Por conviver em ambientes violentos e próximos da criminalidade, não é de se estranhar que os usuários de crack figurem entre as principais vítimas de crimes violentos, muitos deles homicídios cometidos com o uso de armas, destacando-se as armas de fogo⁹⁷.

⁹⁴"A entrada do crack em Belo Horizonte é seguida de uma epidemia de homicídios que atingiu a cidade a partir de 1997. Os resultados obtidos pela pesquisa mostram que há uma forte evidência de que o crescimento das ocorrências de homicídios em Belo Horizonte a partir de 1997 possa ser explicado, em grande medida, pela intensificação dos conflitos relacionados ao tráfico de drogas." SAPORI, Luis Flavio et al. *A problemática do crack na sociedade brasileira: o impacto na saúde pública e na segurança pública*. Belo Horizonte: CEPESP, 2010, p. 4-6.

⁹⁵"Mais de um quarto da população carcerária do Brasil - a quarta maior do mundo atrás dos EUA, Rússia e China - estão cumprindo sentenças ou aguardando julgamento por crimes relacionados às drogas". CARVALHO, Ilona Szabó de. O despertar da América Latina: uma revisão do novo debate sobre política de drogas. *Nota Estratégica*. Recife: Instituto Igarapé, n. 14, p. 1-21, fev. 2014. Disponível: < <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/um-a-revisão-do-novo-debate-sobre-política-de-drogas.pdf> >. Acesso em: 28 jul 2014.

⁹⁶SAPORI, Luis Flavio et al. *A problemática do crack na sociedade brasileira: o impacto na saúde pública e na segurança pública*. Belo Horizonte: CEPESP, 2010, p. 7.

⁹⁷Estudo realizado entre pacientes internados em unidade de desintoxicação (Hospital Geral de Taipas) localizada na cidade de São Paulo, constatou que, após um período de cinco anos, dos 131 usuários de crack que foram pacientes daquela instituição de saúde entre os anos de 1992 e 1994, 23 pacientes (17,6%) tinham morrido, sendo que daqueles 13 (9,92%) por homicídio. Aliás, destes, 10 (43,5%) morreram por ferimentos causados por projétil de arma de fogo e 3 (13,0%) por ferimentos decorrentes de outras armas. Não bastasse as mortes violentas, 6 (26,1%) usuários morreram de AIDS. RIBEIRO, Marcelo et al. Causa *mortis* em usuários de crack. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, v. 28, n. 3, p. 196-202, set 2006. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/10.pdf> >. Acesso em: 28 jul 2014.

Perfil dos usuários de crack mortos até 05 anos após a alta do Hospital Geral de Taipas

	Quantidade	Porcentagem
Homens (sexo)	22	95,7
Mulheres (sexo)	01	4,3
Branços	16	69,6
Negros	07	30,4
Solteiros*	15	65,3
Casados/união estável*	06	26,0
separados/divorciados*	02	8,7
15 a 20 anos**	05	21,8
21 a 25 anos**	06	26,1
26 a 30 anos**	06	26,1
31 a 35 anos**	03	13,0
36 a 40 anos**	03	13,0

* Na época da internação ** idade na época do óbito

Essa realidade de violência é comprovada pelo pesquisador Marcelo Ribeiro⁹⁸, que tomando por base o número de mortes ocorridas na população da cidade de São Paulo em 1996, concluiu que o número de usuários de crack que morreram em razão de mortes violentas e de AIDS é mais de sete vezes (7,4) o percentual observado na população em geral em igual período. Não bastasse isso, a maioria dos mortos eram homens solteiros com idade inferior a 30 anos, o que de certa forma é bastante lógico, pois conforme mencionado anteriormente ao se traçar o perfil dos usuários de crack, constatou-se que este é homem e jovem, com idade girando em torno dos 30 anos.

No entanto, ainda que os números pareçam traçar uma correlação entre aumento do consumo de crack e aumento da violência, não há como apontar de maneira peremptória que isso de fato é verdade⁹⁹. Em verdade, os dados

⁹⁸RIBEIRO, Marcelo et al. Causa mortis em usuários de crack. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, v. 28, n. 3, p. 196-202, set 2006. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/10.pdf>>. Acesso em: 28 jul 2014.

⁹⁹FRANCO, Michele Cunha et al. O Crack e os crimes violentos contra o patrimônio na cidade de Goiânia: pânico moral?. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 15, 2011, Curitiba. Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia. Porto Alegre, 2011.

permitem concluir, quando muito, que, entre as principais vítimas de violência, os usuários de crack se destacam.

Isso não parece trazer grande preocupação para a parte da imprensa brasileira. A falta de dados confiáveis, sobretudo pela escassez de pesquisas específicas, não se constitui em obstáculo para os veículos de comunicação, que passam a construir a ideia de que o crescimento da violência está diretamente ligado ao consumo de crack, dando destaques a regiões dominadas por usuários, também conhecidas por “cracolândias”, que tornam-se territórios para o consumo liberado e com pouco repressão. Com isso, cria-se naturalmente uma sensação de insegurança muitas vezes falsa ou exagerada¹⁰⁰.

Em verdade, ainda que se possa fazer uma correlação entre o aumento no consumo de crack e o aumento de um delito, essa ligação será tênue, pois é muito difícil estabelecer um vínculo preciso entre eles, sem que haja qualquer dúvida entre causa e efeito. Os levantamentos acima mencionados até conseguem demonstrar que em certo período, no qual houve a introdução e aumento do consumo de crack, paralelamente houve um aumento de crimes violentos, tais como homicídio ou roubos, mas nenhum deles consegue estabelecer uma ligação de causa e efeito que não se fragilize diante de questionamentos.

Noutro giro, é possível concluir que o número de usuários de crack que morrem, não apenas por enfermidades vinculadas de alguma forma com o uso da droga, mas por mortes violentas é maior do que a média verificada na população. Isso reforça a necessidade de políticas públicas específicas, sobretudo para jovens do sexo masculinos, pois são estas as principais vítimas.

¹⁰⁰Se por um lado a abordagem sobre o uso do crack feita pela imprensa pode redundar no aumento do rigor contra o tráfico e o consumo, por outro, a exposição jornalística de imagens de violência associadas ao uso da droga produz o medo coletivo como efeito de sentido deste discurso, o que nada traz de concreto para a redução efetiva do seu consumo. MELO, Patrícia Bandeira de; MIRANDA, Emília Bezerra de; BENZAQUEN, Guilherme Figueiredo. Pânico e controvérsias: história, consumo controlado e tratamento do crack. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 15, 2011, Curitiba. Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia. Porto Alegre, 2011.

1.3.2 O impacto no orçamento público em razão das políticas de enfrentamento ao crack

Diante do cenário traçado até o momento, não resta dúvida que ao Estado caberá formular políticas públicas específicas, que possam fazer frente às diferentes necessidades impostas pelo consumo, produção e comercialização do crack, possibilitando a repressão ao tráfico, sem descuidar da atenção ao usuário, sobretudo em relação a suas necessidades médicas e sociais.

O impacto financeiro para o Estado é bastante representativo¹⁰¹, sobretudo em um país que ainda possui muitas demandas a serem atendidas, como é o caso do Brasil. Essa falta de recursos públicos é potencializada ainda mais em razão da pulverização de esforços entre os diversos órgãos da Administração Pública, levando a situações de ausência de serviços em alguns momentos ou locais, assim como a execução de um mesmo serviço por vários órgãos públicos, constituindo-se isso em uma sobreposição sem sentido, pouco eficiente e dispendiosa.

A leitura do Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2014 permite verificar que apenas para o programa "Política Antidrogas" a União destinou R\$ 226,9 milhões a serem distribuídos para projetos e ações - entre os quais o programa "Crack, é possível vencer"- destinados à repressão, prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Importante comentar que as ações se darão de maneira descentralizada, contando com a participação dos demais entes federativos¹⁰².

É necessário ressaltar que a previsão orçamentária retrocitada não representa a totalidade das despesas relacionadas ao crack ou às demais

¹⁰¹ Os problemas decorrentes do impacto financeiro relacionado ao uso e comercialização de drogas não é exclusivo do Brasil, ao contrário, atingem todos os países que enfrentam a questão. Em reportagem publicada pelo Jornal do Brasil, sob o título "Relatório indica gastos de US\$20 bi anuais com drogas", é informado que estudo divulgado em abril de 2009 pela ONG britânica *Transform Drug Policy* aponta que os gastos do Reino Unido apenas com a área de saúde e as políticas de combate ao crime e comercialização ilícita de drogas alcança a cifra de US\$ 20 bilhões. Relatório indica gastos de US\$20 bi anuais com drogas. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 8 abr.2009, p. A23.

¹⁰² BRASIL. *Orçamento Federal ao Alcance de Todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2014*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013, p. 24.

drogas. Ao contrário, no decorrer do orçamento é possível constatar a existência de outras rubricas que direta ou indiretamente estão relacionadas aos impactos decorrentes do uso e comercialização das drogas psicotrópicas, tais como as direcionadas à segurança pública e à saúde.

Cabe um parêntese para registrar que o impacto financeiro decorrente do consumo de drogas também é expressivo para o restante da Sociedade, que deverá arcar com os custos relativos à queda de produtividade nas empresas, o aumento dos gastos com saúde privada, a perda de oportunidades profissionais e educacionais, o aumento do custo de segurança (privada), dentre outros.

De qualquer forma, a quantificação dos custos necessários para fazer frente ao problema das drogas é de grande complexidade, pois, como já frisado, os reflexos alcançam inúmeras áreas, algumas nas quais as coletas de dados são mais viáveis, o que não significa que sejam fáceis, enquanto que em outras a avaliação dos prejuízos financeiros dependerá de fatores subjetivos, por exemplo, qual o prejuízo para alguém que abandonou os estudos e perdeu anos de sua vida em prol do vício?

No que diz respeito às relações entre trabalhadores e empregadores, a quantificação é possível, ainda que os dados estatísticos sejam bastante escassos. Em locais em que os dados estão disponíveis, como é o caso dos Estados Unidos, verifica-se que os prejuízos alcançam a casa dos bilhões de dólares. O aumento de custos das empresas em razão do consumo de drogas por parte de seus funcionários pode alcançar a cifra de até US\$ 140 bilhões, prejuízo esse que está relacionado a três fatores principais: perda de produtividade, incidentes diversos e *turnover*¹⁰³ de funcionários¹⁰⁴.

Infelizmente, não há como fazer uma comparação com a realidade brasileira, pois não há dados estatísticos que possam aferir o impacto financeiro e a queda de produtividade do trabalhador brasileiro em virtude do consumo de drogas. Essa informação seria de grande importância, pois

¹⁰³Na rotatividade de funcionários ou *turnover* se verifica um fluxo de empregados que são admitidos e que deixam o emprego.

¹⁰⁴VERGARA, Sylvia Constant; BENAZZI, João Roberto de Souza Coelho. A questão das drogas nas empresas brasileiras - estudo exploratório das práticas organizacionais. Revista de Administração, São Paulo, v.35, n.4, p.36-47, out./dez.2000.

quantidade expressiva de pessoas passam várias horas de seus dias no ambiente de trabalho¹⁰⁵.

Pois bem, deixando de lado a questão sobre a execução dos serviços e programas previstos em orçamento, deve se retornar à análise dos reflexos financeiros causados pelo crack nas despesas públicas. Para tanto, faz-se necessário, primeiramente, detectar quais as áreas e serviços deverão ser priorizados ao se buscar atender as demandas inerentes à droga¹⁰⁶.

Nesse sentido, com base no estudo realizado pelo Conselho Nacional de Municípios, observa-se que os serviços públicos mais demandados, em razão do crack¹⁰⁷, são aqueles relativos à assistência social, que aparecem em terceiro lugar em todas as regiões do país, à segurança e à saúde, com a peculiaridade de que estes dois se alternam entre a primeira e segunda posição a depender da localidade.

Demanda de serviços em razão dos problemas relacionados ao crack

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Saúde	63,7%	61,2%	61,23	65,1%	64,7%	64,9%
Segurança	58,5%	62,4%	60,3%	55,7%	56,8%	65,6%
Assistência Social	44,6%	47,2%	42,0%	46,3%	44,1%	45,4%
Educação	37,9%	34,8%	36,8%	37,2%	37,6%	46,1%
Outros	12,3%	15,7%	11,7%	12,2%	11,1%	15,2%

Fonte: Estudos Técnicos CNM – Volume 4 – Tabulação própria

¹⁰⁵VERGARA, Sylvia Constant; BENAZZI, João Roberto de Souza Coelho. A questão das drogas nas empresas brasileiras - estudo exploratório das práticas organizacionais. Revista de Administração, São Paulo, v.35, n.4, p.36-47, out./dez.2000.

¹⁰⁶"Parte da ineficiência do Estado foi atribuída à falta de um melhor dimensionamento do problema das drogas e da dependência química por conta da falta de dados". FALTAM verbas e coordenação nas iniciativas do governo. *Em discussão!:* revista de audiências públicas do Senado Federal, Brasília, n 8, p. 48, ago. 2011.

¹⁰⁷Coleta de dados junto a 3.900 municípios. ESTUDOS Técnicos CNM. v. 4: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2012, p. 55.

O quadro acima toma por base o percentual de citações feitas pelos municípios em decorrências dos serviços públicos mais demandados em razão da comercialização e uso do crack. A primeira conclusão que se pode chegar, a partir da leitura dos dados acima é que a droga impacta especialmente nas áreas de segurança e saúde, havendo uma ligeira prevalência desta em relação àquela.

Ainda de acordo com o estudo elaborado pelo CNM, observa-se que alguns problemas são citados em todas as pesquisas realizadas, destacando-se a ausência de profissionais capacitados para lidar com o problema do vício em crack, a falta de destinação de recursos para a manutenção de equipes e locais especializados no tratamento aos usuários. E mais, os municípios entendem que o tráfico e o consumo de drogas não são vistos como prioritários pela União, sobretudo sob o enfoque da saúde pública¹⁰⁸.

Em suma, as demandas são muitas, o que impõe despesas expressivas que comprometem parcelas consideráveis dos orçamentos públicos dos entes federativos. Nesse cenário, é natural que certos serviços e programas sejam privilegiados, enquanto outros ficam em segundo plano, pois não tidos como prioritários.

De qualquer forma, mesmo considerando o quão expressiva é a quantidade de citações que mencionam a questão da segurança pública, não deixa de ser surpreendente verificar que para a população o principal problema relacionado ao consumo de crack diz respeito às questões relacionadas à área da saúde.

Essa informação diz muito, pois fica claro que a Sociedade não vê o crack apenas como uma questão de política criminal, muito pelo contrário, há a compreensão de que o problema demanda ações em áreas que vão da educação à assistência social, mas, sobretudo, na área de saúde. De igual modo, parece não ser acertada a concepção de que o usuário é um criminoso que precisa ser reprimido e punido, parecendo emergir a ideia de que o consumo de substâncias como o crack é acima de tudo um problema de saúde

¹⁰⁸ ESTUDOS Técnicos CNM. v. 4: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2012, p. 59.

pública, devendo o Estado se atentar a isso quando formular políticas públicas para essa parcela da população brasileira.

1.3.3 A crackolândia como realidade urbana

Uma das características mais marcantes do crack é o fenômeno da formação de agrupamentos¹⁰⁹ compostos por vários usuários que se fixam em um determinado espaço urbano, transformando-o em local de moradia, de convívio, de comercialização e de consumo de drogas. Tais locais são conhecidos popularmente por crackolândias^{110 111}.

A denominação crackolândia passou a ser de conhecimento corrente, sobretudo por causa da mídia, a partir do fenômeno verificado na cidade de São Paulo¹¹², mais precisamente durante a década de 1990, quando começou a se perceber uma concentração de usuários cada vez maior nas ruas da região da Luz, que no decorrer do tempo passou a ocupar espaço urbano relativamente determinado¹¹³ e socialmente visível, com rotinas próprias e

¹⁰⁹"O crack tem uma característica interessante entre todas as drogas porque dada a efemeridade do uso, ele exige uma comunidade de usuários para manter alguma pedra acesa. Esse *ethos* do consumo do crack ajuda a produzir novas populações de rua. O laço social em torno do crack passa a ter mais valência e mais poder do que os vínculos sociais que o sujeito eventualmente tinha estabelecido". OLIVEIRA, Marcus Vinicius. População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. (Org.). *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília: CFP, 2013, p. 84-98.

¹¹⁰"Os usuários de crack, encontram nesses lugares denominados "crackolândias" meios de identificação, acolhimento, visibilidade, interação social e proteção, além de acesso fácil e com menos risco a substância, não só pelos deslocamentos geográficos, mas pelo mecanismo de familiaridade que o próprio espaço proporciona. Esse processo acontece independentemente da classe social, da região em que residem e qualquer outro atributo." SALGADO, Nayara de Amorim. "No meio do caminho tinha uma pedra": Circuitos de consumo de crack na cidade de Belo Horizonte (MG), um estudo do bairro Lagoinha. In: I SIMPÓSIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS: CIDADES E FRONTEIRAS, 2012, Belo Horizonte. Anais do I Simpósio de Ciências Sociais: Cidades e Fronteiras, realizado em Belo Horizonte-MG, de 24 a 28 de setembro de 2012. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2012.

¹¹¹"No Rio de Janeiro, as concentrações de usuários de crack estão, sobretudo, no interior ou nos entornos de favelas". FRÚGOLI JUNIOR, Heitor; CAVALCANTI, Mariana. Territorialidades da(s) crackolândia(s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. Anuário Antropológico: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UnB). v. 2, 2013, p. 75.

¹¹²FRÚGOLI JUNIOR, Heitor; CAVALCANTI, Mariana. Territorialidades da(s) crackolândia(s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. Anuário Antropológico: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UnB). v. 2, 2013, p. 74.

¹¹³Marco Antonio Uchoa afirma que "o crack é a única droga que conseguiu demarcar território em São Paulo." UCHOA, Marco Antonio. *Crack: o caminho das pedras*. São Paulo: Ática, 1996, p. 76.

regras de convivência e relacionamento com a vizinhança e com os aparatos estatais de segurança, de assistência social e de saúde¹¹⁴.

Com base no levantamento encomendado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), cujo intuito era colher subsídios para a execução do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, verificou-se que expressivo número de usuários de crack, por volta de 40% dos usuários, encontra-se em situação de rua. Neste ponto cabe um esclarecimento, situação de rua não é sinônimo de morador de rua, mas sim que alguém passa grande parte de seu tempo vivendo e se relacionando nesse ambiente urbano¹¹⁵.

O estudo apresenta dados interessantes, entre eles se destaca a informação de que, nas capitais, 47,3% dos usuários estão em situação de rua. Este percentual não retrata a realidade de todas as cidades, muito pelo contrário, o número das capitais é mais que o dobro dos usuários em situação de rua nos demais municípios brasileiros, cujo percentual gira por volta de 20%. Fica claro que o problema não atinge todas as cidades da mesma forma, parecendo haver uma maior intensidade nos núcleos urbanos mais povoados¹¹⁶.

De fato as informações permitem formular várias conclusões, mas entre elas não pode se incluir o entendimento de que a maioria do consumo do crack em uma região ocorre nesses espaços. Ao contrário, o que se verifica é que apenas uma parcela dos usuários e do crack circula nesses territórios¹¹⁷, de

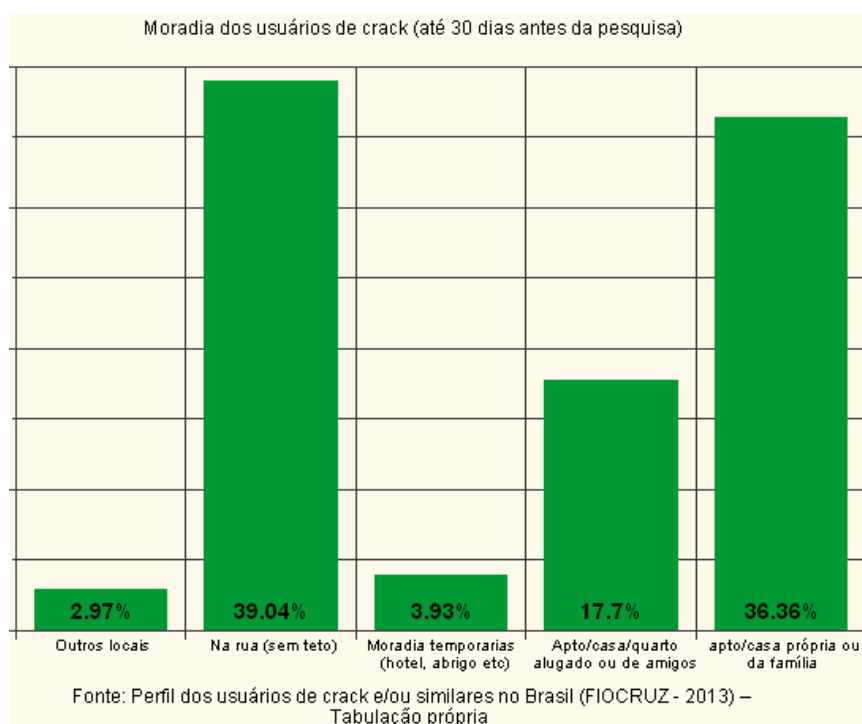
¹¹⁴"A pulverização de vendedores e usuários é uma característica que distingue a "cracolândia" na região central de São Paulo de outros cenários de uso que foram se destacando em várias cidades brasileiras, onde há uma nítida fronteira entre uma estrutura organizada e defensiva das atividades do tráfico de drogas e os usuários". ADORNO, Rubens Camargo Ferreira. *Etnografia da crackolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano*. *Saúde & Transformação Social*. Florianópolis, v.4, n.2, p.04-13, 2013.

¹¹⁵PERFIL dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 12. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 21 jul. 2014.

¹¹⁶PERFIL dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 12. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 21 jul. 2014

¹¹⁷"O conceito e formato "cracolândia" corresponde a uma vertente, minoritária, das cenas de uso de crack em todo o país, na maioria das vezes pequenas, extremamente dinâmicas, e não "ancoradas" numa dada localidade, como as "cracolândias" paulistanas e cariocas" BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (Orgs.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack*: quem

maneira que a maior parte do consumo ocorre em outros espaços, sejam públicos ou privados. Aliás, ainda que o número de usuários de crack em situação de rua seja expressivo, nem mesmo eles constituem a maioria dos usuários da referida droga psicotrópica.



A importância das cracolândias não decorre apenas do volume de drogas e da quantidade de usuários que podem ser encontrados nelas, mas no fato de que espaços urbanos por elas ocupados são “tomados” e “dominados” sem que as autoridades possam ou conseguiram resolver o problema, tornando-se palpável a força do vício, da oferta da droga e da ineficiência administrativa. De qualquer sorte, para entender o problema do crack, não há como não dar a devida importância ao fenômeno.

Com efeito, registra-se que as cracolândias se constituem em áreas no território de uma cidade na qual usuários se concentram para adquirir e utilizar o crack¹¹⁸. Em tais locais, vivem, se alimentam e dormem, mantendo o vício

são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014, p. 18. Disponível em: <<http://www.icict.fiocruz.br/content/livro-digital-da-pesquisa-nacional-sobre-o-uso-de-crack-é-lançado>>. Acesso em: 29 dez. 2014.

¹¹⁸Entendemos que a incômoda materialidade do consumo de crack - a céu aberto - traz à tona a concretude de outros fenômenos, que tradicionalmente convinhavam ser ocultados e empurrados para debaixo do 'tapete social'. 'O crack', ao tornar-se tão escancaradamente público, 'se faz ver', e é por intermédio de sua presença que os outros refugos, isto é, os

com pequenos trabalhos ou crimes. No entanto, ao contrário do que se possa imaginar, a cracolândia não pode ser compreendida como um logradouro físico¹¹⁹, ao contrário, não cria alicerces no espaço urbano, pois tem a característica de ser móvel, deslocando-se em um território ao sabor das medidas repressivas ou das necessidades dos usuários. Não por outro, Frúgoli Júnior¹²⁰ entende a cracolândia como uma territorialidade itinerante e provisória.

Portanto, por mais que seja vista como problema pelos administradores públicos e parte da população das cidades em que existe ao menos uma cracolândia, a solução não passa pela mera desocupação forçada do território, pois na verdade ela não existe com base no espaço ocupado, muitas vezes temporariamente, mas na aproximação de pessoas duplamente marginalizadas, primeiro pelo uso do crack, segundo por se encontrarem em situação de rua.

1.4 Conclusão parcial

O quadro traçado no decorrer do presente capítulo permite dimensionar os problemas decorrentes do consumo de crack, mormente no que diz respeito ao aspecto humano da questão. Dos dados extraídos se chega a algumas conclusões importantes, entre as quais a de que o usuário de crack é em sua maioria homem, negro ou pardo, pobre, com idade girando entre 25 e 30 anos, morador de centros urbanos mais populosos, com baixa escolaridade e solteiro.

A importância de se saber e compreender os dados apresentados ganha relevo no momento em que propõe construir soluções em prol dos usuários que se encontram em situação de rua, pois ao se formatar políticas públicas, sobretudo aquelas que buscam ofertar serviços e tratamentos, cujo objetivo

descartes da cidade e da comunidade, se anunciam-denunciam-evidenciam" DIAS, Andréa Costa. *Crack: Reflexões para abordar e enfrentar o problema*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012, p. 93.

¹¹⁹RUI, Taniele. Usos da "Luz" e da "cracolândia": etnografia de práticas espaciais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo: FSP/USP, v.23, n.1, p.91-104, 2014.

¹²⁰FRÚGOLI JÚNIOR, Heitor; CAVALCANTI, Mariana. Territorialidades da(s) cracolândia(s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. *Anuário Antropológico: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UnB)*. v. 2, 2013, p. 76.

principal não é apenas recuperar, mas reinserir socialmente o usuário, percebe-se o quanto são limitados os recursos financeiros e materiais, assim como o quanto é complexa a tarefa.

Assim, não há como perder tempo e desperdiçar recursos com aquilo que pouco sentido tem ou que não trará grandes resultados. De igual modo, deve-se atentar para o ordenamento jurídico, de maneira que as políticas públicas não contrariem normas, sobretudo aquelas relacionadas aos direitos fundamentais dos usuários que serão beneficiados.

Neste cenário, chama atenção o debate existente sobre a utilização do recurso terapêutico da internação compulsória por políticas públicas voltadas para os usuários de crack em situação de rua. Para alguns não encontra respaldo no ordenamento jurídico, pois não respeitaria a autonomia dos usuários, que são levados a tratamento mesmo sem consentirem. Para outros é uma solução plausível, perfeitamente aplicável e necessária não para qualquer caso, mas para situações específicas, sem a qual o usuário deixará de receber a atenção terapêutica indicada ao seu caso.

Portanto, apresentadas as informações necessárias sobre o perfil e efeitos do crack, faz-se necessário aprofundar a discussão sobre as políticas públicas direcionadas aos usuários de crack, sobretudo em relação ao tratamento compulsório.

2. POLITICAS PUBLICAS RELACIONADAS AO CONSUMO DE CRACK: CONTEÚDO E ATORES ENVOLVIDOS

Depreende-se da leitura do capítulo anterior o quão graves são as consequências do crack para a Administração Pública, os próprios usuários, os familiares dos usuários e para o restante da sociedade. Não por outro, o crack se constitui em fator desencadeador de problemas em setores tão diversos como as áreas de educação, saúde, segurança pública, trabalhista, administração pública, entre muitas outras.

Obviamente, medidas que objetivem a solução ou amenização dos efeitos deletérios do consumo de crack precisam ser adotadas pelo Estado, mas para que isso ocorra se faz necessário que o problema seja não apenas dimensionado, mas efetivamente compreendido, requisito esse essencial para a formulação de políticas públicas adequadas. Para que isso ocorra, não basta apenas saber onde e quem são as pessoas que fazem uso do crack ou que são afetados, é preciso saber quais as reais consequências do crack para os usuários e seus familiares, assim como para o restante da sociedade.

No capítulo anterior se procurou responder as questões acima, preparando o terreno para a discussão a ser feita no presente capítulo, no qual se dará atenção às políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do crack, sobretudo no que se refere à recuperação e reinserção dos dependentes químicos de crack. Nada mais lógico, pois, esse caminho que se está trilhando permitirá ao final analisar e discutir a questão do tratamento em regime de internação compulsória no âmbito de políticas públicas e a compatibilidade dele com o ordenamento jurídico, especialmente no que diz respeito à autodeterminação dos dependentes químicos em crack.

Ressalta-se que a análise a ser feita no presente capítulos sobre políticas públicas direcionadas aos usuários de crack em situação de rua, adotou como modelos as políticas públicas atualmente em execução na cidade de São Paulo pelos governos estadual e municipal, respectivamente, Programa

Recomeço¹²¹ e Programa De Braços Abertos¹²², ou simplesmente, como é mais conhecido, Braços Abertos.

Com efeito, a opção feita leva em conta alguns fatores que devem ser mencionados. É na cidade de São Paulo que o consumo de crack no Brasil surgiu e, hoje, após mais de duas décadas, os efeitos nos indivíduos, nos familiares e para o restante da sociedade são mais nítidos e passíveis de comparação. Não bastasse isso, tem-se a cracolândia da região da Luz, que não sendo a única nem mesmo na cidade de São Paulo, é sem dúvida aquela que foi e é objeto de maior atenção não apenas da mídia local e nacional, mas também de estudiosos de áreas ligadas à Saúde, ao Direito, à Sociologia, entre outras.

Somam-se a isso o fato de que muitas soluções foram pensadas e executadas pelas administrações municipais e estaduais, em conjunto ou separadamente. Temos exemplos de atuações inegavelmente repressivas, como é o caso da Operação Sufoco¹²³, e aquelas decorrentes das atuais políticas públicas que os governos estadual e municipal implementaram. Aquele priorizando o tratamento médico dos usuários, especialmente sob o regime de internação, enquanto que o último optando pela política de redução de dano, revalorizando os usuários.

Cuida esclarecer que entre os motivos que levaram ao preterimento do Distrito Federal no presente trabalho, o principal é a ausência de uma política pública integrada, como ocorre na cidade de São Paulo, optando-se por atuações descentralizadas entre as secretarias de estado, sem uma verdadeira

¹²¹O Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado por Programa Recomeço, foi instituído pelo Decreto 59.684. SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 59.684, de 30 de outubro de 2013. Dá nova redação e acrescenta dispositivo ao Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, que institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 31 de outubro de 2013, p. 4.

¹²²O programa passou a ser executado nos termos do Decreto nº 55.067/2014, que deu nova regulamentação à Lei Municipal nº 13.178/2001. SÃO PAULO (Município). Decreto nº 55.067, de 28 de abril de 2014. Regulamenta o Programa De Braços Abertos e altera o Decreto nº 44.484, de 10 de março de 2004, que regulamenta o Programa Operação Trabalho. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, 29 abr. 2014. p. 1.

¹²³RUI, Taniele. Depois da 'Operação Sufoco': sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na 'cracolândia' paulista. *Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar*, São Paulo: FSP/USP, v.3, n.2, p.287-310, 2013.

conjugação de esforços. O resultado disso é que as atuações dos órgãos são desconhecidas entre si, dificultando a oferta de serviços e a prestação de auxílios, tanto que não é incomum que um órgão desconheça com exatidão o que o outro pode ofertar para o usuário de drogas.

Aliás, ressalta-se que foram feitas várias consultas aos órgãos da administração do Distrito Federal que atuam em casos de usuários de crack (e de outras drogas) em situação de rua, entre elas as Secretarias de Estado de Saúde, de Justiça e Cidadania, e de Desenvolvimento Humano e Social¹²⁴. No entanto, somente a última respondeu, mas o cenário descrito por ela confirma as informações colhidas acerca da desarticulação de ações e a falta de uma política pública que integrem os diversos órgãos que atuam direta ou indiretamente com o problema. De qualquer forma, isso não impede que, sendo necessário ou adequado, fatos, dados e questões envolvendo o Distrito Federal sejam citados e discutidos.

Assim, pelos fatores acima expostos, entende-se que a discussão que envolve a compatibilização, ou não, da autonomia dos usuários de crack para gerir a própria vida e as internações compulsórias previstas em algumas políticas públicas passa pelo conhecimento prévio da experiência ocorrida na cidade de São Paulo.

¹²⁴Em resposta à consulta feita no dia 13 de agosto de 2015, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social informou que sua atuação é limitada ao cadastramento, auxílio e apoio necessário para que os usuários de drogas superem o problema das drogas. Com isso, buscam que os usuários desenvolvam a autonomia e a sociabilidade, assim como restabeleçam os vínculos familiares e comunitário. Para isso, contam com os serviços prestados pelo Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Unidades de Acolhimento Institucional e os Restaurantes Comunitários. Destacou-se, ainda, que não direcionam nenhum usuário para o tratamento sob a modalidade da internação compulsória, mesmo quando percebem que ele não reúne qualquer condição para gerir a própria vida. Em tais situações, buscam retornar em outro momento, esperando que o usuário esteja mais “equilibrado” para que possam tenta convencê-lo a procurar o auxílio de uma unidade de saúde. Se houver a concordância por parte do usuário, fazem o encaminhamento à Secretaria de Estado de Saúde, mas caberá ao próprio usuário se dirigir ao local indicado e pedir auxílio. E para comprovar a falta de integração entre os órgãos, não sabem se o usuário efetivamente procurou ajuda e, caso tenha feito isso, qual tratamento foi indicado, nem o resultado obtido.

2.1 Aspectos teóricos e práticos das políticas públicas de enfrentamento ao crack

Inicialmente, destaca-se que o próprio debate acerca do tema políticas públicas é recente no âmbito da academia brasileira, tanto assim que pelo menos até meado dos anos 1980 as questões ou os temas que já eram discutidos na Europa e Estados Unidos desde os anos 1960 ainda não estavam disseminados no país¹²⁵.

A fim de compreender com maior exatidão o debate a ser travado a partir das informações relativas às políticas públicas que serão destacadas, é aconselhável o conhecimento prévio de elementos teóricos e práticos que se mostrarão de grande utilidade no decorrer deste trabalho.

2.1.1 Conceituação e tipologia dos atores relacionados às políticas públicas

As políticas públicas¹²⁶ objetivam uma atuação específica e organizada para fazer frente a questões identificadas como relevantes. Não por outro, devem observar diretrizes previamente estabelecidas ao concretizarem o enfrentamento de problemas públicos específicos¹²⁷. Para que isso seja possível, precisam ser planejadas e executadas dentro de uma sequência lógica que se inicia a partir da identificação do problema a ser enfrentado, passando pela análise das opções e atividades necessárias para se alcançar respostas que sejam satisfatórias, culminando com as ações que deverão se colocadas em prática para a obtenção das soluções possíveis.

¹²⁵ MARIANO, Jefferson. Políticas públicas e o pacto federativo. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; PANHOCA, Ivone; BONINI, Luci Mendes de Melo (Org.). *Políticas públicas: estudos e casos*. São Paulo: Ícone, 2014, p. 74.

¹²⁶ “Um primeiro passo para se discutir política pública é compreender o conceito de ‘público’. As esferas que são rotuladas como públicas são aquelas que estão em oposição a outras que envolvem a ideia de ‘privado’. O público compreende aquele domínio da atividade humana que é considerado necessário para a intervenção governamental ou para a ação comum. Fazem referência a esse âmbito comum muito termos utilizados com frequência, tais como: interesse público; setor público; opinião pública; saúde pública entre outros. O conceito de política pública pressupõe que há uma área ou domínio da vida que não é privada ou somente individual, mas que existe em comum com outros. Essa dimensão comum é denominada propriedade pública, não pertence a ninguém em particular e é controlada pelo governo para propósitos públicos. DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012, p. 11.

¹²⁷ SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010, p. 2.

A compreensão do que sejam políticas públicas passa necessariamente, o que não deixa de ser lógico, pelo conhecimento de definições e conceitos que possam explicar de maneira objetiva e sucinta o tema. No entanto, deve se alertar que não há consenso sobre uma definição que esclareça de maneira definitiva o que são políticas públicas¹²⁸. De acordo com Leonardo Secchi¹²⁹, isso decorreria do fato de que algumas questões essenciais são respondidas de maneira diferente, com isso, não haveria como as definições formuladas a partir dessas respostas encontrarem um sentido comum e muito menos que satisfaça a todos.

Ora, ainda tomando por base o ensinamento do referido autor, entre os pontos que dificultam a formulação de uma definição sobre o tema encontra-se a divergência existente entre aqueles que entendem que as políticas públicas são em essência frutos da atuação e elaboração de atores estatais¹³⁰ e aqueles que defendem que os atores não estatais também participariam do processo de formulação e implementação das políticas públicas.

Maria Paula Dallari Bucci¹³¹ compreende política pública a partir da perspectiva da atuação estatal. Não por outro, a autora aponta que a política

¹²⁸ Diante da pluralidade de conceitos, Paula Arcoverde Cavalcanti formula uma síntese a partir de vários conceitos. De acordo com a autora, “política pública é um curso de ação ou inação, escolhido por autoridades públicas para focalizar um problema, que é expressada no corpo das leis, regulamentos, decisões e ações de governo. A política pública está relacionada com as intenções que determinam as ações de um governo; com o que o governo escolhe fazer ou não fazer; com as decisões que têm como objetivo implementar programas para alcançar metas em uma determinada sociedade; com a luta de interesses entre o governo e sociedade; ou ainda, com atividades de governo, desenvolvidas por agentes públicos ou não, que têm uma influência na vida de cidadãos.” CAVALCANTI, Paula Arcoverde. Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas: uma contribuição para a área educacional. 2007. 289 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, Campinas, 2007. p. 20.

¹²⁹ SECCHI, Leonardo. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010. p. 2.

¹³⁰ Maria Paula Dallari Bucci entende política pública a partir da perspectiva da atuação estatal. Não por outro, a autora aponta que [...] política pública é definida como um programa ou quadro de ação governamental, porque consiste num conjunto de medidas articuladas (coordenadas), cujo escopo é dar impulso, isto é, movimentar a máquina do governo, no sentido de realizar algum objetivo de ordem pública ou, na ótica dos juristas, concretizar um direito. BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de políticas públicas em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-50.

¹³¹ BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de políticas públicas em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-50.

pública nada mais é do que um conjunto articulado de medidas que tem o escopo de impulsionar a máquina governamental, de modo que ao final seja realizado objetivo de ordem pública ou concretizado um direito. Nesse sentido, para a autora política pública pode ser “definida como um programa ou quadro de ação governamental”.

De acordo com Secchi¹³², a perspectiva estatista ou estadocêntrica parte da ideia de que o processo decisório e de liderança deverá está nas mãos dos atores estatais, reconhecendo aos atores não-estatais, quando muito, a possibilidade de influenciarem a elaboração e implementação da política pública. Isso seria ainda mais justificado no caso brasileiro, no qual o intervencionismo estatal é uma tradição de longa data.

Entendimento diverso é seguido por aqueles que defendem a concepção multicêntrica¹³³, na qual o protagonismo não é o elemento central para se qualificar uma política como pública¹³⁴ ou não, mas sim se o problema a ser enfrentado é público. Logo, por essa concepção, será possível chamar para o centro do debate, participando do próprio planejamento e execução organizações não governamentais, organismos multilaterais e organizações privadas, entre outras, dividindo-se o protagonismo com os atores estatais¹³⁵.

Essa última concepção ganha relevo e importância ao se constatar que cada vez mais há uma pluralidade de atores¹³⁶, sejam públicos ou privados,

¹³² SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010. p. 2-3.

¹³³ SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2011. p. 3.

¹³⁴ O termo ‘público’, associado à política, não é uma referência exclusiva ao Estado, como muitos pensam, mas, sim, à coisa pública, ou seja, de todos, pertencente ou destinado ao povo, sob a égide de uma mesma lei e o apoio de uma comunidade de interesses. De modo geral, as políticas públicas são reguladas e na maioria das vezes providas pelo Estado, mas elas também envolvem preferências, escolhas e decisões privadas, e, nesse caso, podem e devem ser controladas pelos cidadãos. Dito de outro modo, “a política pública expressa, assim, a conversão de decisões privadas em decisões e ações públicas, que afetam a todos. DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 14.

¹³⁵ SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010. p. 3.

¹³⁶ DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 41-43.

individuais ou coletivos, formais ou informais, que participam ativamente do processo que vai desde a formulação da política pública até a sua execução.

Caminho natural para a compreensão do papel deles no âmbito das políticas públicas é compreendê-los de acordo com os fatores que os tornam semelhantes entre si. Para tanto, na lição de Secchi¹³⁷, é necessário agregá-los a partir das características que os fazem comuns ou diferentes entre si, ainda que isso não signifique que necessariamente defendam os mesmos interesses. Exemplo dessa divisão é aquela existente entre atores individuais e coletivos, em que os primeiros são pessoas que atuam intencionalmente na área política em processo inerente à implementação de políticas públicas, enquanto que os últimos também atuam intencionalmente na área política, mas visam influenciar os rumos das próprias políticas públicas. Poderão ser incluídos no primeiro grupos os magistrados, defensores públicos e formadores de opinião, enquanto que no segundo temos as associações de moradores como um bom exemplo.

Há outras formas de classificações dos atores, mas não há dúvida de que aquela que os divide em estatais e privados é uma das mais importantes. Nesse sentido, Ricardo Wahrendorff Caldas¹³⁸ é categórico ao defender que no decorrer do processo que vai da discussão e criação até a execução de uma política pública, basicamente são encontrados os dois tipos de atores acima mencionados, registrando-se que os atores estatais têm sua origem no Estado, eleitos ou pertencentes à burocracia estatal, e os privados na sociedade civil¹³⁹.

¹³⁷ SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. p. 100.

¹³⁸ Os atores que efetivamente participam do processo de discussão, criação, implementação e execução de políticas públicas são os estatais e privados. CALDAS, Ricardo Wahrendorff. *Políticas Públicas: conceitos e práticas*. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. p.8.

¹³⁹ Os atores privados seriam aqueles sem vínculo direito com Administração Pública, de maneira que fazem parte desse grupo:

“• A imprensa;

• Os centros de pesquisa;

• Os grupos de pressão, os grupos de interesse e os lobbies;

• As Associações da Sociedade Civil Organizada (SCO);

• As entidades de representação empresarial;

• Os sindicatos patronais;

• Os sindicatos de trabalhadores;

• Outras entidades representativas da Sociedade Civil Organizada (SCO).” CALDAS, Ricardo Wahrendorff. *Políticas Públicas: conceitos e práticas*. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. p.9.

Outro ponto que merecer destaque diz respeito à maneira como as políticas públicas serão materializadas. Para que isso ocorra e elas possam existir como realidade concreta e não apenas abstrata, adotam formas diversas, entre as quais, destacam-se os programas públicos, projetos, campanhas publicitárias, leis, subsídios, entre outras¹⁴⁰. Essa variedade de forma se mostra salutar, pois contribui para que não haja um engessamento na maneira como a política pública atuará, permitindo que ela seja adaptada de acordo com os problemas a serem enfrentados, desde os menores e mais simples até os maiores e mais complexos.

Não por outro, exsurge com grande importância a necessidade de um adequado planejamento, a partir do qual se elaborará um plano, que por sua vez dará origem aos programas e aos projetos. Por óbvio, o plano é mais amplo que um projeto ou programa¹⁴¹, pois sendo um prognóstico¹⁴² que decorre do planejamento, a ele caberá demarcar e expressar as decisões de caráter geral, as principais linhas políticas, as estratégias e as diretrizes.

Depreende-se das afirmações supracitada que os programas e os projetos estão em plano hierárquico inferior, cumprindo o papel de concretização e detalhamento do plano. Com efeito, o programa além de concretizar o plano, também cumpre o papel de torná-lo mais operacional. Para que isso ocorra, o programa se compõe de uma série de projetos¹⁴³. No que se refere ao projeto, este pode ser compreendido como a instrumentalização que dará objetividade ao programa, materializando e concretizando o processo de planejamento¹⁴⁴.

Por fim, é relevante mencionar que as políticas públicas estão essencialmente relacionadas a ações estratégicas, por isso, mesmo que

¹⁴⁰SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. p. 11.

¹⁴¹BERCOVICI, Gilberto. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do Estado. In: HORCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 143-161.

¹⁴²DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012, p.152.

¹⁴³DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012, p.154.

¹⁴⁴DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012, p.155.

tenham atuações voltadas para situações no presente, projetarão seus efeitos para o futuro. É exatamente essa característica que leva à diferenciação entre políticas de Estado e políticas de governo, na qual as primeiras têm como horizonte de atuação período temporal mais longo, muitas vezes medido em décadas, enquanto as últimas estão relacionadas com a concepção programática do governante em exercício, logo, com horizonte temporal mais restrito¹⁴⁵.

No que diz respeito ao enfrentamento ao crack, destacam-se as políticas públicas formatadas pela União (Crack, é possível vencer), Estado de São Paulo e o Município de São Paulo. *Prima facie*, parece que, especialmente aquelas desenvolvidas pelos governos estadual e municipal de São Paulo, seriam exemplos de políticas de governo, com horizonte de atuação limitado em poucos anos, regidos pelos programas políticos dos partidos e grupos que estão no poder. Aliás, ao se analisar de maneira mais detida, até mesmo o programa Crack, é possível vencer não se enquadraria como uma política de Estado, apresentando características de uma política de governo, tanto é verdade que as metas e o orçamento definido foram fixados para o período compreendido entre 2012-2014¹⁴⁶.

Estabelecidos os aspectos teóricos mais importantes sobre políticas públicas, entende-se que há os elementos necessários para que avance para a análise das políticas públicas de enfrentamento ao crack desenvolvidas na cidade de São Paulo, permitindo, com isso, adentrar a questão das internações compulsórias e suas implicações no que diz respeito à autonomia privada dos dependentes químicos de crack em situação de rua.

2.1.2 Identificação dos principais atores relacionados às políticas de enfrentamento ao crack

As políticas públicas, desde o momento da elaboração até a execução, existem, ou devem existir, em conformidade com as normas que as

¹⁴⁵BUCCI, Maria Paula Dallari. *Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 19.

¹⁴⁶CARTILHA “Crack, é possível vencer”. Brasília: Ministério da Justiça, 2012, p. 5.

disciplinam. De igual modo, é aconselhável que exista uma convergência de atuações por parte do Poder Executivo e do Poder Legislativo, abrindo, ainda, oportunidade para que segmentos da sociedade que tenham interesse também participem. Posteriormente, é possível que também haja o controle por parte do Judiciário, que da mesma maneira deve atuar em conformidade com o disposto na legislação¹⁴⁷.

Ressalta-se que a existência da política pública é justificada a partir do enfrentamento que será feito a um problema público determinado. A partir da lição Sechi¹⁴⁸, entende-se que para que um problema possa ser qualificado como público deverá “ter implicações para uma quantidade ou qualidade notável de pessoas”. Mas não basta isso, na esteira do que ensina Sechi, entende-se que um problema não é considerado público, ou não, por si mesmo, mas pela qualificação que lhe é dada intersubjetivamente pelos atores, que, diante de um fato, concluem pela existência de uma situação inadequada e relevante para a coletividade.

No entanto, não há como garantir a objetividade das interpretações feitas pelos atores, muito pelo contrário, estes reagem em consonância com apreendido a partir de suas próprias realidades, experiências e interesses, de maneira que um problema que poderia ser visto por um deles como relevante e inadequado, não necessariamente será compreendido da mesma forma pelos demais¹⁴⁹.

Igualmente relevante e que deve ser salientado é que as políticas públicas invariavelmente refletem, ao menos parcialmente, as concepções ideológicas, técnicas e políticas dos atores envolvidos. Isso acaba por refletir não apenas na formulação das políticas públicas que esses atores participam, mas no posicionamento crítico que muitas vezes adotam em relação a outras políticas públicas.

¹⁴⁷ BUCCI, Maria Paula Dallari Bucci. O conceito de política pública em Direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 1-50.

¹⁴⁸ SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013, p. 10.

¹⁴⁹ SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013, p. 10.

De maneira concreta, essa divergência de opiniões e posicionamentos críticos e vivenciada por alguns atores que participam das políticas públicas desenvolvidas pelos governos estadual e municipal na região da Luz, em São Paulo, que ao enxergarem o problema do crack entre usuários em situação de rua de modos diversos, por consequência lógica, apresentam respostas diferentes em relação a uma mesma realidade. Entre os pontos que causam maior divergência, tem-se a questão da autodeterminação dos usuários, sobretudo em relação aos tratamentos ministrados sem a necessidade de consentimento¹⁵⁰.

Não é incomum que essa multiplicidade de olhares dos atores em face de um mesmo problema, não apenas resultem em respostas diversas¹⁵¹, mas também incompatíveis entre si. Nesse sentido, o enfrentamento ao uso do crack, sobretudo em relação àqueles que estão em situação de rua se destaca, não havendo, por exemplo, acordo nem sobre o papel do usuário¹⁵².

Logo, em tais casos, as opções adotadas na elaboração e na implementação de uma política pública hipotética poderão ao mesmo tempo em que atendem aos interesses e às pretensões de alguns atores contrariar os interesses de outros tantos, colocando-os em oposição à política pública.

De igual modo, merece atenção a definição dos atores que deverão participar do processo de elaboração e execução da política pública. Registra-

¹⁵⁰ No decorrer da III Reunião ordinária do Comitê Municipal de Políticas Públicas e de Drogas e Álcool, a representante da organização da sociedade civil Centro de Convivência “É de Lei”, fez questão de registrar sua posição contrária ao programa Recomeço, inclusive frisando que não teria comprovação científica os métodos empregados. Pois bem, a referida manifestação se dá nos seguintes termos: “A Sra. Nathália (É de Lei), pediu a palavra, pois gostaria de perguntar algumas coisas. Disse que é bastante importante o espaço que a Prefeitura deu não renovando os contratos com as comunidades terapêuticas e se sente bastante incomodada na forma como o dinheiro público é gasto para sustentar políticas públicas que não possuem comprovação científica. Sugeriu que seria bastante simbólico se o Comuda se posicionasse, por meio de uma nota pública, em relação especialmente ao CRATOD e ao programa Recomeço”. ATA da III Reunião ordinária do Comitê Municipal de Políticas Públicas e de Drogas e Álcool. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, 18 set. 2014, p. 38.

¹⁵¹ Os programas “Recomeço” (governo estadual) e “De Braços Abertos” (governo municipal) exemplificam bem a divergência existente entre atores públicos e privados que atuam basicamente com o mesmo problema, mas com perspectivas diversas, a primeira pautando-se no tratamento e recuperação dos usuários e a segunda da reinserção social por intermédio da redução de danos.

¹⁵² O usuário de crack é visto por alguns como vítima das drogas, por isso, deve receber apoio e tratamento para que possa se recuperar e se reinserir socialmente. Para outro é um criminoso, que deverá ser punido apenas pelo porte, além de contribuir decisivamente para o comércio de drogas.

se que a transversalidade¹⁵³ verificada em grande número de políticas públicas impõe a participação de atores de áreas que, *prima facie*, parecem em um primeiro momento incompatíveis entre si ou sem interesses comuns, mas que posteriormente se mostram importantes ao processo que balizará a política pública.

A transversalidade que é própria de algumas políticas públicas está presente nas políticas públicas de enfrentamento ao crack, afinal, os problemas decorrentes do uso e comercialização da referida droga produzem efeitos em vários setores da sociedade, exigindo, por isso, respostas que, muitas vezes, somente poderão ser dadas por atores com competências diversas entre si. Isso é ainda mais verdadeiro quando essas políticas buscam uma atuação integrada, fundindo em uma só ou em algumas poucas as políticas públicas com atuações em áreas delimitadas, isto é, que fazem frente a aspectos isolados de um problema.

Não por outro, na elaboração de políticas públicas voltadas para o crack e seus efeitos, deve-se contar com a participação e a experiência de atores que estejam envolvidos com aspectos diversos do problema, pertencentes não apenas às áreas públicas, mas também à sociedade civil. Essa aglutinação de contribuições a partir de visões diversas sobre o problema é sem dúvida importante na elaboração de uma política pública mais plural, mais ampla e com menos equívocos, aumentando as chances de êxito.

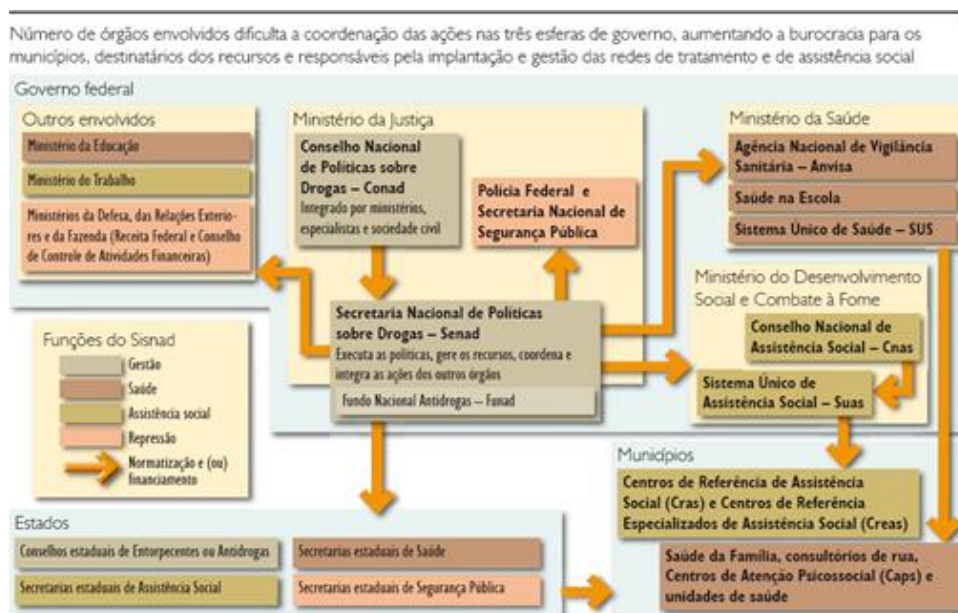
Cuida esclarecer que não necessariamente os mesmos atores, nem mesmo atores das mesmas áreas, participarão de políticas públicas que digam respeito a um mesmo problema. Isso se mostra verdadeiro nos casos de políticas públicas de enfrentamento ao crack direcionadas às populações de rua da cidade de São Paulo, em que atuam diretamente os governos municipal (Programa “De Braços Abertos”) e estadual (Programa Recomeço), cada um deles com uma política pública específica e com visões diferentes de como o problema deverá ser enfrentado. Além desses dois casos, também é possível mencionar a atuação da União (Crack, é Possível Vencer), que indiretamente

¹⁵³ SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013, p. 12.

busca o enfrentamento do problema apontado, auxiliando as políticas locais, sobretudo com o repasse de recursos e apoio institucional¹⁵⁴.

O quadro abaixo deixa claro o quanto é complexa a rede composta por órgãos com alguma competência para atuar no enfrentamento aos problemas decorrentes do consumo e da comercialização de drogas, entre elas o crack.

Sistema sobre drogas – órgãos envolvidos nas três esferas de governo



Fonte: Em discussão!: Revista de audiências públicas do Senado Federal

A complexidade do sistema acima será ainda maior aos serem adicionados outros atores públicos, como o Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, assim como atores privados, ressaltando-se os grupos de pressão, organizações não-governamentais, entidades religiosas, grupos de familiares e os próprios usuários.

As atuações dos atores públicos muitas vezes resultam em atuações desconectadas entre si, de modo que são criadas políticas públicas com

¹⁵⁴ Depreende-se da leitura do termo de adesão ao programa assinado pelo Distrito Federal em 07 de dezembro de 2012, que o papel da União será o de contribuir com recursos financeiros, apoio institucional, colaboração na capacitação de atores sociais, monitoramento da execução do plano distrital, diálogo com a sociedade civil e outros compromissos de igual natureza. Ao Distrito Federal caberá concretizar o enfrentamento, para tanto, entre outros, utilizará de seus recursos humanos e deverá implantar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

objetivo limitado e que tratam apenas de uma das facetas do problema identificado. No caso dos usuários de crack em situação de rua, o exemplo do Distrito Federal¹⁵⁵ é verdadeiro, não havendo verdadeiramente uma integração de atuação, quando muito se pode falar em atuações que buscam se aproximar, mas sem que isso leve a uma fusão de políticas como se verifica nos casos das políticas públicas desenvolvidas na cidade de São Paulo pelos governos estadual e municipal.

Situações como a vivenciada por servidores da Secretaria de Desenvolvimento Humano do Distrito Federal que, ao perceberem que algum morador de rua sob efeitos de drogas precisa de auxílio médico, limitam-se apenas a fazer o encaminhamento para a Secretaria de Saúde ou algum órgão vinculado a esta, cabendo ao próprio usuário procurar atendimento, não se mostra a maneira mais adequada de integração de serviços, tanto assim que não há a troca direta de informações entre esses órgãos que tanta importância têm para a recuperação e reinserção social do usuário.

No exemplo acima mencionado têm-se dois atores públicos que atuam no enfrentamento ao consumo de crack por moradores em situação de rua, mas fica claro que as políticas públicas desenvolvidas por cada um deles podem até se aproximarem, mas não se integram e muito menos se fundem.

Em relação às políticas públicas desenvolvidas na cidade de São Paulo a situação é um pouco diversa, pois, ainda que tenham visões diferentes sobre como se dará o enfrentamento ao problema, ambas colocaram em prática a necessidade de atuação conjunta dos atores públicos envolvidos com o

¹⁵⁵ Diante desse cenário, o Distrito Federal editou, recentemente, o Decreto nº 36.628, de 22 de julho de 2015, que reformula o Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas do Distrito Federal. Entre outros pontos, estabelece que as ações de enfrentamento ao crack e outras drogas serão executados de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços de várias secretarias de estado e órgãos da Administração Pública do Distrito Federal, contando ainda com a participação de vários atores, entre os quais o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, a Defensoria Pública do Distrito Federal, e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios; a sociedade civil e o controle social. Ressalta-se apenas que o simples fato de constar na norma que as ações ocorrerão de forma integrada não significa que isso acontecerá, afinal, essa pretensão de atuação integrada entre os órgãos é uma tônica dos discursos oficiais, mas que se mostra falha na execução diante dos casos concretos. DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 36.628, de 22 de julho de 2015. Atualiza e consolida a legislação sobre o Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 23 de julho de 2015, Seção 1, p. 4.

enfrentamento ao crack, ainda que as duas políticas públicas sigam caminhos divergentes entre si.

No caso da política pública municipal, verifica-se a atuação conjunta de atores públicos que integram a própria estrutura da administração municipal, no caso, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), Trabalho e Empreendedorismo (SDTE), Segurança Urbana (SMSU), Desenvolvimento Urbano (SMDU) e Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), contando ainda com o apoio da Polícia Militar, que pertencem a estrutura do governo estadual¹⁵⁶.

Cada um dos atores acima atua em conformidade com a perspectiva da política pública municipal (De Braços Abertos), desenvolvendo e prestando serviços compatíveis com suas competências, mas que são concatenados e executados de modo integrado¹⁵⁷.

A presença de atores públicos de áreas de atuações diversas é justificada pela variedade e importâncias dos efeitos deletérios decorrentes do consumo de crack, que afetam não apenas o organismo dos usuários ou a integralidade físicas dos familiares deles, mas se reflete na segurança pública das cidades, nas relações trabalhistas, no mercado consumidor, enfim, em áreas nem sempre próximas, mas que são aproximadas pelo problema maior.

A mesma pluralidade de atores públicos atuando de maneira concatenada é identificada na política pública desenvolvida pelo governo estadual. Obviamente, como partem de entendimentos diversos sobre como a questão do uso de crack afeta os usuários em situação de rua e qual o papel

¹⁵⁶De acordo como § 2º do artigo 1º do Decreto nº 55.067, de 28 de abril de 2014, “a implementação das ações do Programa De Braços Abertos será realizada de forma progressiva, intersetorial e articulada entre as políticas municipais de saúde, direitos humanos, assistência social, trabalho, segurança urbana, educação, moradia, desporto, cultura, meio ambiente, entre outras”. SÃO PAULO (Município). Decreto nº 55.067, de 28 de abril de 2014. Regulamenta o Programa De Braços Abertos e altera o Decreto nº 44.484, de 10 de março de 2004, que regulamenta o Programa Operação Trabalho. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, 29 abr. 2014. p. 1.

¹⁵⁷ Entre as diretrizes fixadas pelo programa destacam-se a atenção à saúde e à reabilitação psicossocial, alimentação, moradia, estímulos à emancipação e autonomia dos beneficiários, que para serem implementadas demandarão as atuações de órgãos com competências diversas, fato esse próprio de políticas públicas transversais. SÃO PAULO (Município). Decreto nº 55.067, de 28 de abril de 2014. Regulamenta o Programa De Braços Abertos e altera o Decreto nº 44.484, de 10 de março de 2004, que regulamenta o Programa Operação Trabalho. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, 29 abr. 2014. p. 1.

deles no enfrentamento ao problema, é natural que existam alguns atores públicos e privados que ao estarem presentes em uma política pública, não se fazem presentes na outra.

Tal qual a política pública municipal, o Estado de São Paulo também prever a participação de vários atores públicos que compõe a sua própria estrutura administrativa. Entre os atores públicos, destacam-se as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Social, de Justiça e da Defesa da Cidadania, e da Saúde. Esses atores públicos compõe o núcleo responsável pela implementação e execução da política pública.

Registra-se que a participação de outros atores públicos não é apenas esperada, mas necessária, ainda mais pelo caráter estadual do programa, que tem a pretensão de atender não apenas a capital paulista, mas os demais municípios do Estado, impondo, assim, a participação e atuação integrada de atores públicos das esferas estadual e municipal¹⁵⁸.

É necessário ressaltar o papel exercido pelo Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público, que também tem atuação no programa municipal, mas não com o grau de protagonismo verificado na política pública estadual. Isso decorre fundamentalmente em razão da maneira como o problema do consumo de crack pela população de rua é entendido pelo governo estadual, que propõe uma forma de atuação mais voltada para o tratamento médico, com especial destaque das internações em comunidades terapêuticas.

A atuação dos órgãos em questão, sobretudo dos dois últimos, vai além da esfera judicial, procurando exercer uma fiscalização e controle da maneira como a política está sendo executada, sobretudo em relação aos casos de tratamentos involuntários e compulsórios, a fim de resguardar os direitos dos usuários de se submeterem ou não aos tratamentos médicos, sob pena de se ferir a liberdade de autodeterminação. Essa atuação, por óbvio, desenvolve

¹⁵⁸ O Programa Recomeço será implementado “por meio da conjugação de ações das várias Secretarias de Estado, dos municípios e entidades da Administração Direta e Indireta do Estado”. SÃO PAULO (Estado). Decreto nº59.684, de 30 de outubro de 2013. . Dá nova redação e acrescenta dispositivo ao Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, que institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 31 de outubro de 2013, p. 4.

mais intensamente nos casos das internações compulsórias, que só podem ocorrer por intermédio de decisão judicial.

É necessário também destacar o papel dos atores privados, cuja pluralidade torna complexa, mas produtiva a participação deles durante o processo de elaboração e execução de uma política pública. Importante ressaltar que muitas vezes um mesmo ator privado tem uma participação favorável em relação a uma política pública, colocando-se de maneira contrária em relação a outra.

Conforme mencionado anteriormente, as políticas públicas executadas pela prefeitura de São Paulo e pelo governo estadual divergem em vários pontos, mas é em relação ao tratamento médico dos usuários de crack e outras drogas e o papel das comunidades terapêuticas que as opiniões se distanciam mais e até se tornam hostis.

Um bom exemplo da participação de atores privados e do papel deles em prol e contra certas políticas públicas ocorre no âmbito do Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool (COMUDA), do qual participam órgãos da administração municipal e estadual, entre os quais as secretarias de saúde dos dois entes federativos, OAB/SP, associações, organização da sociedade civil, conselhos profissionais, entidades privadas, enfim, um variado número de atores, alguns deles com participação em ambas as políticas públicas, outros em apenas uma delas e há aqueles atuam em prol de uma política, mostrando-se hostil em relação à outra¹⁵⁹.

Aqui cabe um parêntese acerca das divergências de entendimento entre o governo paulista e a prefeitura paulista. Até o ano de 2012 os dois governos atuavam em uma mesma linha, tanto que era comum a realização de

¹⁵⁹ A divergência e hostilidades de alguns atores em relação a políticas públicas contrárias ao que pensam fica evidente na manifestação feita durante reunião do COMUDA, no qual Leonardo Pinho representante da Associação Inclui Mais, não deixa dúvida a respeito de sua oposição ao Programa Recomeço, defendendo, inclusive, o fechamento da principal estrutura de apoio ao programa que é o Centro de Referência de Álcool Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), criando-se um centro de cultura e convivência no local. Na mesma linha é a manifestação da representante da organização da sociedade civil denominada É de Lei, que, em acréscimo, sugere que o COMUDA deveria se posicionar a respeito por meio de nota pública. REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS E ÁLCOOL, 3., 2014, São Paulo. Ata. São Paulo: COMUDA, 2014.

operações conjuntas, sempre sob o enfoque na repressão e na desocupação territorial.

No entanto, a partir da eleição de Fernando Haddad como prefeito de São Paulo, cujo partido (PT) é adversário político do partido (PSDB) que domina o governo do Estado de São Paulo há duas décadas, ocorreu uma nítida separação entre as políticas públicas desenvolvidas por Estado e Município em relação ao crack, aos usuários e às cracolândias.

A prefeitura de São Paulo passou a executar política pública com concepção diversa da adotada pelo governo paulista, que criou o Programa Recomeço em janeiro de 2013, enquanto o Programa Braços Abertos¹⁶⁰ teve início em janeiro de 2015. Aquele com uma concepção médica do problema, enquanto o segundo adota premissas da política de redução de riscos e danos, cuja concepção é mais social¹⁶¹.

A divergência existente entre o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB e o Partido do Trabalhadores (PT), acabou refletindo nas políticas públicas, na qual os defensores de uma atacam a outra política pública,

¹⁶⁰ Art. 1º Fica regulamentado, nos termos deste decreto, o Programa De Braços Abertos, instituído em 15 de janeiro de 2014, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da promoção de direitos e de ações assistenciais, de saúde e de prevenção ao uso abusivo de drogas.

§ 1º O Programa De Braços Abertos buscará conjugar esforços entre todos os entes da Federação, em consonância com a adesão do Município de São Paulo ao Programa “Crack, é possível vencer”.

§ 2º A implementação das ações do Programa De Braços Abertos será realizada de forma progressiva, intersetorial e articulada entre as políticas municipais de saúde, direitos humanos, assistência social, trabalho, segurança urbana, educação, moradia, esporte, cultura, meio ambiente, entre outras.

SÃO PAULO (Município). Decreto nº 55.067/2014, de 28 de abril de 2014. Regulamenta o Programa De Braços Abertos e altera o Decreto nº 44.484, de 10 de março de 2004, que regulamenta o Programa Operação Trabalho. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, 29 abr. 2014, p. 1.

¹⁶¹ “A Redução de Danos, atualmente, prevista pela Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, é descrita pela Organização Mundial de Saúde como estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir às consequências negativas associadas a certos comportamentos e, ainda, pelo Ministério da Saúde, como ações para a prevenção das consequências danosas à saúde, decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo, sendo que o princípio fundamental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha, vez que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas.” MARQUES, Amanda; MALHEIRO, Luana. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, Antônio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. (Orgs.) *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de ruas*. Salvador: CETAD/UFBA, 2010, p. 49-53.

afastando-se a possibilidade de integração entre elas, o que não seria estranho, pois a dependência dentro de sua complexidade envolve questões médicas e sociais.

De qualquer sorte, no que diz respeito ao papel dos usuários de crack em relação às políticas públicas em questão, afinal, são eles que diretamente sentirão os efeitos das opções feitas no momento em que elas estão sendo planejadas, não há como negar que o papel desempenhado pelos usuários no programa municipal parece ser mais ativo, não apenas em relação à prestação dos serviços oferecidos e à reinserção social que se busca, mas mesmo durante a fase inicial quando o programa estava sendo discutido. O próprio nome do programa retrata essa realidade, não pelo significado da expressão em si, mas por ter sido escolhido pelos usuários em situação de rua em reuniões feitas com eles¹⁶².

Para finalizar, registrar-se que os familiares dos usuários de crack também são atores com grande importância para as políticas públicas de enfrentamento ao problema, afinal, como já colocado anteriormente, o consumo de drogas por alguém acaba trazendo consequências para os familiares mais próximos, afetando a todos. Não se pode esquecer também que muitas vezes a própria família desencadeia o vício em um de seus membros.

A consequência disso é que não há como uma política pública que busca enfrentar o problema das drogas de maneira ampla deixar de observar o aspecto familiar da questão. Sob essa premissa, observa-se que o Programa Recomeço dá especial atenção aos familiares dos usuários, entre outras razões, por serem eles os principais responsáveis por buscarem a internação do familiar que não o faz de maneira voluntária.

Não é de se estranhar que, percebida a importância da família no processo de recuperação de seus membros, o programa tenha sido

¹⁶² De acordo com Antônio Lancetti, psicanalista que trabalha como consultor do programa, foi realizada uma assembleia anteriormente ao início do programa, quando foi decidido pelos usuários que seriam beneficiados que o projeto a ser implantado na região da Luz deveria ser chamado de “Braços Abertos”. LANCETTI, Antônio. Programa anticrack de braços abertos, da prefeitura de São Paulo, tem tido êxito? Sim. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 27 dez. 2014. Opinião, p. A3

modificado para dar maior destaque ao papel dos familiares dos usuários, que passaram a contar com orientação a respeito do programa e de como proceder para facilitar a recuperação e reinserção dos dependentes químicos¹⁶³.

Diante do quadro exposto, a pluralidade de atores públicos e privados que se verifica nas políticas públicas desenvolvidas na cidade de São Paulo mostra-se compatível com a complexidade dos problemas a serem enfrentados. Aliás, a bem da verdade, é bastante natural não apenas a convergência que se verifica entre alguns dos atores envolvidos nas políticas públicas, mas também as divergências de entendimentos existentes, algumas resultando em hostilidade contra a política pública que adota parâmetros diversos.

2.2 O crack como problema nacional: a União reage ao consumo da droga

De acordo com a Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado¹⁶⁴, cabendo a este desenvolver políticas públicas que permitam aos indivíduos usufruírem de serviços que lhes garantam a possibilidade de recuperação e de proteção à saúde, bem como a redução dos riscos de doenças¹⁶⁵. Entre aqueles que deverão ser beneficiados por essas políticas públicas, encontram-se os dependentes químicos de drogas, pois também são possuidores do direito à proteção da saúde, devendo ser garantida a prestação de serviços específicos para as necessidades desses indivíduos ou grupos.

¹⁶³ “O Recomeço Família foi criado e agora faz parte do programa para que, por meio de entidades e profissionais especializados articulados pelos CICs – Centro de Integração da Cidadania, as famílias possam receber orientação e apoio em como proceder e colaborar na recuperação e reinserção do dependente. Disponível em: <<http://programarecomeco.sp.gov.br/sobre-o-programa/>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

¹⁶⁴ “O Estado é o sujeito passivo principal do direito à saúde, incumbindo-lhe a realização de medidas que o assegurem e efetivem nas dimensões de defesa, proteção e prestações, seja em sentido amplo, seja em sentido estrito.” SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluisio lunes MontiRuggeri (Org.). *Temas aprofundados da defensoria pública*. v. 1. Salvador: JusPodivm, 2013, p. 120.

¹⁶⁵ “Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” BRASIL. Constituição Federal. 35.ed. Brasília: Edições Câmara, 2012, p. 116-117.

Nesse contexto, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), definida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), em 2005, é, ao menos em tese, compatível com o entendimento acima esposado. Não por outro, verifica-se que o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) impõe à União o dever de articular, integrar, organizar e coordenar as políticas de prevenção, atenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Aos Estados e aos municípios competem os papéis de executores dessas políticas.

Diante do problema representado pelo crack, que não apenas se espalhou pelos grandes centros urbanos do país, mas também alcançou localidades afastadas, pouco habitadas e muitas vezes nas fronteiras com outros países, restou à União implementar uma política específica para fazer frente ao problema.

2.2.1 A necessidade de uma política pública nacional para as drogas

Por mais grave que seja os problemas das drogas para o Brasil, somente no ano de 1998, em resposta aos compromissos internacionais¹⁶⁶ firmados, mas com grande atraso, é que o país passou a contar com uma política pública específica¹⁶⁷ de abrangência nacional dedicada para as questões relacionadas à oferta e ao consumo de drogas ilícitas.

De qualquer sorte, não se pode confundir a ausência de uma política nacional¹⁶⁸ de enfrentamento às drogas com a inexistência de qualquer política

¹⁶⁶ A iniciativa para a criação dessa política pública específica não tem sua gênese no próprio país. Refletindo comportamento bem comum na história brasileira, o país somente passou a se preocupar com a situação em razão de fatores externos de pressão. Importante catalisador para o início desse processo foi a realização da XX Sessão Especial da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. ONU. XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS). Declaração política, plano de ação sobre a cooperação internacional por uma estratégia equilibrada e integrada de combate ao problema das drogas. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/report_1999-01-01_1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

¹⁶⁷ CHAGAS, Fernanda Galvão Leite das; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-20, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38702>>. Acesso em: 08 jul. 2015.

¹⁶⁸ Foi realizado no ano de 1999 o I Fórum Nacional Antidrogas, do qual participaram mais de 1200 especialistas, cuja missão era debaterem as diretrizes para a formulação de uma política pública brasileira específica para o problema das drogas. CARTILHA exigências

do tipo em âmbito local. Tais ações eram desenvolvidas de maneira isolada pelos entes federativos e as normas relacionadas ao tema eram essencialmente repressivas e isolacionistas, isto é, pautavam-se pela punição não apenas do traficante, mas também do usuário, que era qualificado como criminoso e, por isso, era imposto a ele penalidades que poderiam chegar à privação da liberdade. Muitas vezes, essa privação se dava sob o pretexto de conferir ao usuário tratamento médico para a superação do vício.

É nesse contexto que a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, fruto direto da Política Nacional sobre Drogas, aprovada no ano anterior pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, surge com o propósito de criar um novo marco legal sobre a questão das drogas, buscando substituir a então vigente Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.

Essa mudança, diga-se de passagem, representou um avanço em relação à norma que vigorava até então, que tinha sido editada durante o regime militar brasileiro e que, por isso mesmo, refletia o caráter repressor que era marcante na realidade brasileira daquele momento histórico. O referido diploma tinha a virtude de se pautar pelos ideais da prevenção e da reinserção dos usuários e dependentes, sem que isso significasse abrir mão da concepção de que a produção e o tráfico drogas ilícitas deveriam ser reprimidos com rigor. E mais, também dispunha, entre outras novidades, sobre o estabelecimento do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD¹⁶⁹, cuja regulamentação se deu por intermédio do Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006.

O SISNAD tem como primado estabelecer uma orientação centralizada, conjugada com a execução de políticas públicas descentralizadas e específicas para cada realidade. Para que isso ocorra, desenvolve trabalho de articulação,

mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Brasília: SENAD/ANVISA, 2002, p. 19.

¹⁶⁹ “Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.” BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Seção 1, p. 2.

integração, organização e coordenação de atividades voltadas não apenas à prevenção do uso indevido de drogas, mas também à recuperação dos usuários e dos dependentes químicos, estimulando a reinserção social deles. Tais atribuições serão somadas à obrigação de reprimir com eficácia e eficiência a produção não autorizada, a comercialização e o consumo das drogas ilícitas.

Ponto de grande relevância é a participação no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), órgão que integra juntamente com Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) o SISNAD, de atores públicos e privados com atuação em variados campos de interesses, entre os quais o artístico, jurídico, empresarial e médico ¹⁷⁰. Essa característica torna sem dúvida o processo de elaboração

¹⁷⁰“Art. 5º São membros do CONAD, com direito a voto:

- I - o Ministro de Estado da Justiça, que o presidirá; II - o Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas;
- III - um representante da área técnica da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, indicado pelo Secretário;
- IV - representantes dos seguintes órgãos, indicados pelos seus respectivos titulares:
 - a) um da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República;
 - b) um do Ministério da Educação;
 - c) um do Ministério da Defesa;
 - d) um do Ministério das Relações Exteriores;
 - e) um do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
 - f) dois do Ministério da Saúde, sendo um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
 - g) dois do Ministério da Justiça, sendo um do Departamento de Polícia Federal e um da Secretaria Nacional de Segurança Pública;
 - h) dois do Ministério da Fazenda, sendo um da Secretaria da Receita Federal e um do Conselho de Controle de Atividades Financeiras;
- V - um representante dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes ou Antidrogas, indicado pelo Presidente do CONAD;
- VI - representantes de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil:
 - a) um jurista, de comprovada experiência em assuntos de drogas, indicado pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB-Federal;
 - b) um médico, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
 - c) um psicólogo, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP;
 - d) um assistente social, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS;
 - e) um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN;
 - f) um educador, com comprovada experiência na prevenção do uso de drogas na escola, indicado pelo Conselho Federal de Educação - CFE;
 - g) um cientista, com comprovada produção científica na área de drogas, indicado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC;
 - h) um estudante indicado pela União Nacional dos Estudantes - UNE;
- VII - profissionais ou especialistas, de manifesta sensibilidade na questão das drogas, indicados pelo Presidente do CONAD:
 - a) um de imprensa, de projeção nacional;
 - b) um antropólogo;

de políticas públicas voltadas ao enfrentamento das drogas mais democrático e mais próximo das necessidades dos beneficiários, afinal, muitos dos atores participantes exercem atividades que os aproximam, por exemplo, dos usuários.

Nesse sentido, deve se destacar que a SENAD a fim de dar efetividade à opção pela interação entre governo e sociedade, promoveu vários encontros e reuniões, consolidando ao final as observações feitas pelos atores, cujo resultado se corporificou na apresentação definitiva da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) ¹⁷¹.

Em 27 de outubro de 2005, o CONAD aprovou a Resolução nº 03, que instituiu a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Esta tem entre seus pressupostos identificar as diferenças existentes entre usuários, pessoas em uso indevido, dependentes¹⁷² e traficantes, dando tratamento adequado, ou punindo se for o caso, de acordo com as necessidades e as exigências inerentes a cada um deles¹⁷³.

Ressalta-se que não apenas o processo que resultou na Política Nacional sobre Drogas foi em sua essência democrático e plural, mas o próprio conteúdo obtido reflete essa realidade. Nesse espírito, a oferta de tratamentos

c) um do meio artístico, de projeção nacional; e
d) dois de organizações do Terceiro Setor, de abrangência nacional, de comprovada atuação na área de redução da demanda de drogas.” BRASIL. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2006. Seção 1, p. 8.

¹⁷¹Foram realizados seis encontros regionais, que alcançaram todas as regiões brasileiras, contando com a participação de 2.544 pessoas que discutiram os capítulos da PNAD. LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010, p. 11-12.

¹⁷²“A maioria das pessoas que consome bebidas alcoólicas não se torna alcoólatra (dependente do álcool). Isso também é válido para grande parte das outras drogas. De maneira geral, as pessoas que experimentam drogas o fazem por curiosidade e as utilizam apenas uma vez ou outra (uso experimental). Muitas passam a usá-las de vez em quando, de maneira esporádica (uso ocasional), sem maiores consequências na maioria dos casos. Apenas um grupo menor passa a usar drogas de forma intensa, em geral quase todos os dias, com consequências danosas (dependência). O grande problema é que não dá pra saber entre as pessoas que começam a usar drogas, quais serão apenas usuários experimentais, quais serão ocasionais e quais se tornarão dependentes”. Disponível em: < http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/dependencia.htm>. Acesso em: 20 fev. 2014.

¹⁷³BRASIL. Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 out. 2005. Seção 1. p. 17.

e ações que contribuam para a recuperação dos usuários é vistas como forma de recuperar e reinserir socialmente os usuários.

Portanto, é necessário que qualquer política pública que tenha de fato o objetivo de velar pelos usuários de drogas, nos quais se incluem aqueles que utilizam o crack nas ruas e delas fazem seus locais de moradia, deverá cuidar da questão dos tratamentos médicos adequados às necessidades dos usuários.

2.2.2 Programa “Crack é Possível Vencer”: A União Responde ao Aumento do Número de Usuários

Inicialmente, o crack recebeu pouca atenção da esfera federal, ao contrário dos governos estaduais e municipais, que vivenciavam o problema mais de perto. No entanto, com o crescimento do consumo, que a cada dia atingia mais e mais pessoas, mais e mais famílias, ganhando destaque cada vez maior nos órgãos de imprensa, era natural que as cobranças por uma atuação mais firme por parte do governo federal ocorressem¹⁷⁴.

Foi assim que em maio de 2010, ante a pressão da opinião pública por uma atuação mais efetiva do governo federal em relação aos problemas decorrentes do consumo e comercialização de drogas ilícitas, destacando-se entre elas o crack, foi editado o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010¹⁷⁵. Este diploma normativo instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cujo objetivo primordial encontra-se fundado na prevenção do uso, no tratamento dos usuários e dependentes, na reinserção social de usuários e no enfrentamento do tráfico de crack e de outras drogas ilícitas.

É necessário frisar que o plano buscou se adequar à nova concepção inaugurada a partir dos debates travados na Organização das Nações Unidas e

¹⁷⁴ ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2015.

¹⁷⁵ BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 mai. 2010. Seção 1, p. 43.

adotada pelo Brasil logo na sequência¹⁷⁶. Por isso, estipulou que as ações estatais deveriam ser executadas de maneira integrada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, incluindo-se, ainda, a participação de atores privados¹⁷⁷. E mais, que a integração e a articulação entre os entes federativos deveriam englobar as políticas e ações relacionadas à, entre outros, saúde, assistência social, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos, juventude, mantendo necessária consonância com os pressupostos, os objetivos e as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Nesse momento inicial, ficou nítido que a União tratava a questão relativa ao enfrentamento do crack muito mais sob o aspecto retórico, não havendo uma perfeita compreensão da realidade e muito menos do que seria preciso fazer para fazer frente ao problema. Isso fica patente ao se constatar a escassez de recursos financeiros (orçamento subdimensionado) disponibilizados para se alcançar os objetivos previstos e a falta de dinamismo na fase de execução dos projetos formulados.

A própria insuficiência de recursos deixava claro que o governo federal não estava verdadeiramente comprometido com a implementação de uma política pública de enfrentamento ao crack, pelo menos não naquele momento. Tanto é verdade que, dos R\$ 410 milhões que seriam repassados aos 27 Estados e que já se mostravam insuficientes¹⁷⁸, passados quinze meses desde que o plano foi anunciado, apenas dois terços deles foram efetivamente gastos

¹⁷⁶ Pouco mais de quatro anos desde que os primeiros passos foram dados pelo Estado brasileiro com a edição da Medida Provisória nº 1.669, de 19 de junho de 1998, que transformou o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), finalmente foi instituída, por meio do Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, política pública fundada nos ditames da Declaração Conjunta dos Chefes de Estado, presentes na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em 7 de junho de 1998, com a participação do Brasil, para tratar do 'Problema Mundial das Drogas.

¹⁷⁷ CÓRTEZ, Soraya Vargas. Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policycommunities*. In: HORCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 126.

¹⁷⁸ Em audiência pública realizada em maio de 2010 no Senado Federal, o médico Ricardo Paiva apontou que os recursos orçados pela União, quatrocentos e dez milhões de reais, seriam insuficientes para atender os 27 Estados brasileiros e os mais de 5 mil municípios. GOVERNO aplicou 66,9% dos recursos anunciados. *Em discussão!:* revista de audiências públicas do Senado Federal, Brasília, n 8, p. 52, ago. 2011.

- R\$ 274,3 milhões (66,9%), sendo que 8,1% do total (R\$ 33,3 milhões) não chegaram nem mesmo a serem empenhados¹⁷⁹.

Diante do quadro pouco favorável e das críticas feitas com dados que não poderiam ser rebatidos, o Governo Federal, pressionado para que mostrasse comprometido com o problema, no ano seguinte, mais precisamente em dezembro de 2011, lançou o programa “Crack, é possível vencer”, que nada mais é do que uma inovação e ampliação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, concentrado os esforços especificamente na resolução dos problemas decorrentes do crack.

Dessa vez houve maior comprometimento por parte do Governo Federal, tanto assim que os valores disponibilizados para a implementação e execução dos projetos previstos nessa política pública sofreu substancial acréscimo orçamentário, multiplicando-se por quase dez vezes o valor inicialmente disponibilizado pela União no ano anterior, quando do lançamento do plano integrado. Está claro, portanto, o acerto das críticas feitas, que apontavam que a quantia prevista para o plano integrado era insuficiente para atingir os objetivos fixados. E mais, que isso, nesse primeiro momento governo federal de fato não estava dando a atenção que seria necessária para resolução do problema.

De qualquer sorte, com o programa “Crack, é possível vencer” a União mudou seu foco de percepção e de atuação, dando maior atenção e destaque ao problema do crack, tanto que o orçamento previsto para a implementação de ações e execuções projetos correlatos durante o período compreendido entre 2011 e 2014 era de 4 bilhões de reais¹⁸⁰. O programa estrutura suas

¹⁷⁹ E, pior, a falta de empenho acabou por resultar na impossibilidade de se gastar a referida quantia, levando, conseqüentemente, na redução do já insuficiente orçamento inicial para apenas R\$ 376,7 milhões. UNIVERSITÁRIOS têm consumo mais intenso e frequente. *Em discussão!:* revista de audiências públicas do Senado Federal, Brasília, n 8, p. 27, ago. 2011.

¹⁸⁰ “No Brasil, o governo federal lançou, em 2012, o programa “Crack, é possível vencer”, destinando R\$ 4 bilhões até 2014 para combater o avanço da droga no país. Em 2012, liberou R\$ 738,5 milhões para combater o que é considerado uma epidemia. Deste montante, R\$ 611,2 milhões foram para o Ministério da Saúde, R\$ 112,7 milhões para o Ministério da Justiça e R\$ 14,6 para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome”. GRAZIANO, Diólia de Carvalho; NASCIMENTO, Maria Auxiliadora Mendes do. Análise da cobertura da mídia sobre a desocupação dos adictos na Cracolândia, em São Paulo:

ações, serviços e equipamentos em torno de três eixos temáticos previamente estipulados: cuidado, autoridade e prevenção.¹⁸¹

No que tange ao eixo prevenção, o programa buscou criar mecanismos que impeçam, retardem ou minimizem o uso de drogas e os prejuízos relacionados. Para tanto, esforços são dirigidos para a capacitação de profissionais de variadas áreas, tais como professores de escolas públicas, servidores da segurança pública e do judiciário, profissionais da área da saúde e lideranças comunitárias. Os cursos ministrados são estruturados de forma a preparar os participantes, a depender da área de atuação, para agirem em prol da prevenção ao uso, do acompanhamento, do tratamento e da reinserção social de dependentes, o que não significa que foram deixadas de lado as opções relativas à repressão ao comércio e oferta de drogas¹⁸², muito pelo contrário.

Em relação ao eixo Cuidado, o programa procurou estabelecer uma rede de cuidados aos usuários de drogas diversificadas, ofertando serviços, equipamentos e atendimentos específicos para cada caso e de acordo com as condições e necessidades de cada local. Nesse contexto, destacam-se as atuações dos Consultórios de Rua, Caps Álcool e Drogas 24 horas, Centros de

processos deliberativos enquadramentos. In: MATOS, HELOIZA (org.). *Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas*. São Paulo: ECA/USP, 2013, p. 152.

¹⁸¹CARTILHA “Crack, é possível vencer”. Brasília: Ministério da Justiça, 2012, p. 07.

¹⁸²Em relação ao consumo de drogas, pode-se considerar como prevenção tudo aquilo que possa ser feito para evitar, impedir, retardar, reduzir ou minimizar o uso abusivo e os prejuízos relacionados ao consumo.

A capacitação de profissionais para o programa abrange os três eixos. São cursos presenciais e à distância, dirigidos a diferentes públicos: educadores de escolas públicas, profissionais da área da saúde, assistência social e segurança pública, juízes, promotores e servidores do Poder Judiciário, conselheiros municipais, lideranças comunitárias e religiosas, além de gestores de comunidades terapêuticas. Os cursos preparam para a prevenção do uso de drogas, acompanhamento, tratamento e reinserção social de dependentes, assim como repressão ao tráfico de drogas.

[...]

As capacitações darão sustentabilidade ao programa Crack, é possível vencer, uma vez que a população poderá contar com profissionais que passam a conhecer melhor o assunto e, por isso, intervêm de forma qualificada e eficaz nas situações relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas. CARTILHA “Crack, é possível vencer”. Brasília: Ministério da Justiça, 2012, p. 16.

Referências da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e comunidades terapêuticas¹⁸³.

Por fim, no que diz respeito ao eixo Autoridade, observa-se que o programa tem dois focos de atuação. No primeiro a atuação policial se divide em ações ostensivas e comunitárias (de proximidade) nas áreas em que há maior concentração de uso de drogas, ressaltando-se que tanto uma como a outra deverão se articular com ações de saúde e de assistência social. No segundo as ações serão direcionadas para a diminuição da presença do crack na sociedade, sobretudo com o desmantelamento da rede de comercialização de drogas (tráfico), contando para isso com as atuações concatenadas das Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil e Polícia Militar, sendo que as duas primeiras estão sob a alçada da União e as duas últimas fazem parte da estrutura dos Estados-membros e Distrito Federal¹⁸⁴.

É bastante destacada a atuação do órgão ministerial na criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento (UA), que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), integram a Rede de

¹⁸³ A rede de cuidados para o usuário de drogas é composta por diversos serviços e equipamentos que oferecem ações distintas para necessidades diferentes. Na saúde, compreende desde serviços da atenção básica, que podem articular ações específicas para o público usuário de drogas, como os Consultórios na Rua; e equipamentos especializados para o atendimento desse público, como os CAPS Álcool e Drogas 24 horas, leitos hospitalares e unidades de acolhimento. Na assistência, também existem equipamentos que podem atuar desde a prevenção, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), até o atendimento especializado nos casos em que há violação de direitos associada ao uso de drogas, como Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), além da disponibilização de vagas para acolhimento de usuário em comunidades terapêuticas, devidamente cadastradas junto à Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Assim, há a possibilidade de fazer diferentes combinações dos serviços e equipamentos disponíveis, de modo a construir uma rede que atenda às dimensões e necessidades de cada um dos municípios. CARTILHA “Crack, é possível vencer”. Brasília: Ministério da Justiça, 2012, p.32.

¹⁸⁴ As ações do eixo Autoridade são desenvolvidas em duas frentes. A primeira reúne ações de policiamento ostensivo e de proximidade (comunitário) nas áreas de concentração de uso de drogas, articuladas com saúde e assistência social. A segunda organiza ações para diminuição da presença do crack na sociedade, buscando a desconstrução da rede de narcotráfico, com atuação integrada das Polícias Federal, Rodoviária Federal, Civil e Militar no combate ao tráfico e repressão a traficantes. Para intervir nas áreas de maior consumo e concentração de crack, o Governo Federal irá fomentar a integração com estados, municípios e Distrito Federal no sentido de fortalecer a polícia de proximidade, garantindo as condições de segurança e incrementando a qualidade de vida da região. Os profissionais de segurança pública buscarão estabelecer laços de confiança com a comunidade e estimular a mobilização social em torno da resolução dos problemas de criminalidade e de violência que afligem a localidade. CARTILHA “Crack, é possível vencer”. Brasília: Ministério da Justiça, 2012, p.54.

Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno ou sofrimento mental, aos quais se incluem aqueles que tenham alguma necessidade decorrente do consumo de crack. Para que isso fosse possível, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, que disponibiliza incentivos financeiros aos Municípios, Estados e Distrito Federal para construção das mencionadas unidades de saúde¹⁸⁵.

Outro importante programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde, também relacionado à Rede de Atenção Psicossocial, busca a desinternação de pacientes com enfermidades mentais, entre eles, usuários de crack, que, incapacitados para se autodeterminarem, após indicação médica, foram levado a tratamento em hospital psiquiátrico e se encontram em situação de internação de longa duração.

Para que seja possível a reinserção social desses pacientes, o programa se vale de serviços residências terapêuticas¹⁸⁶ e do Programa de Volta pra Casa¹⁸⁷, devendo ficar claro que os programas em questão não são específicos para usuários de crack ou de qualquer outra droga. Todavia, não resta dúvida de que eles poderão ser valer dos serviços no caso da dependência ter provocado sequelas definitivas, levando-os ao desenvolvimento de doenças mentais que resultaram em internações prolongas.

A outra vertente que se destaca no programa de enfrentamento ao crack executado pela União diz respeito às questões de segurança pública. Neste aspecto, o Programa Nacional de Segurança Pública com cidadania –

¹⁸⁵ BRASIL. Portaria nº 615/GM/MS, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 abr. 2013. Seção 1, p. 38-40.

¹⁸⁶ “O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente ‘moradia – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não”. RESIDÊNCIAS terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 6.

¹⁸⁷ O Ministério da Saúde editou portaria que cria o Programa de Desinstitucionalização e institui o incentivo financeiro para sua implantação pelos municípios que se habilitarem. BRASIL. Portaria nº 615/GM/MS, de 15 de abril de 2013. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2014. Seção 1, p. 54.

PRONASCI, implantado pela lei 11.530/2007, constitui-se em importante fonte de recursos para a execução de programas de combate e repressão ao comércio de crack¹⁸⁸. Importante esclarecer que o Pronasci é anterior ao Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e ao programa “Crack, é possível vencer”, de modo que bem antes dos dois já apoia a execução de políticas de enfrentamento ao uso e comercialização do crack.

Pois bem, para que isso ocorra, faz-se necessária a articulação entre a União e os demais entes federativos, cuidando estes de apresentarem programas que se enquadrem na diretiva do PRONASCI, ou seja, que não se limitem apenas a reprimir, mas que também dê atenção à prevenção, sem descuidar da proteção aos direitos humanos.

De qualquer sorte, com a criação do programa “Crack, é possível vencer”, em dezembro de 2011, os recursos para o enfrentamento ao crack cresceram substancialmente, de maneira que foram elevados para aproximadamente 4 bilhões de reais, valor este a ser gastos até o ano de 2014. Todavia, como é comumente sabido, no que se refere ao Brasil, o orçamento aprovado não é vinculativo, ou seja, apenas estima-se as despesas, não havendo garantias de que as ações serão implementadas. Nesse sentido, é bastante comum, para não dizer esperado, que a Administração Pública gaste menos do que a previsão orçamentária estipula¹⁸⁹.

¹⁸⁸ Em notícia publicada no sítio eletrônico do Ministério da Justiça, quando do lançamento do Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas em 11 de junho de 2010, apontou-se que o crack é problema que diz respeito não apenas à área de Saúde, mas também à Segurança Pública. Não por outro, o Secretário Executivo do Pronasci apontou que a referida política pública integrava-se às ações desenvolvidas pelo Programa de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci). Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ7CBDB5BEITEMID4FD03CF59D98448284D5101475F1AF11PTBRIE.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

¹⁸⁹ Em agosto de 2011, o Senado Federal publicou em sua revista de audiências públicas reportagem em que apontou a falta de execução dos programas relativos ao crack pela União. De acordo com a reportagem: “O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas previa investimentos de R\$ 410 milhões do Orçamento da União em 2010. No entanto, apenas R\$ 274,3 milhões (66,9%) foram efetivamente gastos, dois terços do previsto [...]”

O pior é que 8,1% do total (R\$ 33,3 milhões) não foram empenhados, condição para que o dinheiro seja gasto, e acabaram eliminados do orçamento do plano. Com isso, o orçamento inicial foi reduzido para R\$ 376,7 milhões.

Cerca de um terço desse valor (R\$ 121,6 milhões) foi gasto no ano passado. Segundo a Senad, isso aconteceu porque os recursos só chegaram de fato ao órgão em agosto de 2010. Já os R\$ 255,1 milhões não usados em 2010 foram transferidos para 2011, como “restos a pagar”. Desse total, até 2 de agosto, R\$ 152,7 milhões haviam sido efetivamente repassados

Comparação entre as metas fixadas e o balanço dos objetivos alcançados (antes do encerramento do ciclo em 31/12/2014)		
Equipamentos/serviços	Meta	Objetivo alcançado*
Consultórios de rua	308	129
CAPSAD 24 horas	175	59
Leitos em enfermarias especializadas	2460	800
Unidades de acolhimento de adultos	430	34
Unidades de acolhimento infantil-juvenil	188	26
CRRs	65	47

*Dados colhidos em 23/12/2014 no sítio eletrônico <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>
 Fonte: Sítios eletrônicos do Programa "Crack é possível vencer" e do Observatório do Programa "Crack é possível vencer" – Tabulação própria

A bem da verdade, com base nas metas fixadas inicialmente e os números atingidos até o presente momento, é quase certo que não serão alcançados os objetivos fixados pelo programa até o final do ano de 2014. A resposta para essa dúvida será obtida com o balanço final para o período¹⁹⁰.

para seus objetivos pelo governo". SECRETARIA só aplicou dois terços do previsto. *Em discussão!:* revista de audiências públicas do Senado Federal, Brasília, n 8, p. 50, ago. 2011.

¹⁹⁰ Em consulta ao portal eletrônico do programa, verifica-se que ainda não foi feito o balanço final do programa. Os números informados são relativos ao ano de 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

Por fim, ressalta-se que o artigo 18¹⁹¹ da Constituição Federal, prever uma repartição de competências, cuja lógica é evitar que ocorra superposição de atuações estatais, conflitos e desperdícios de recursos e esforços¹⁹². Assim, não parece haver lógica na existência de políticas públicas voltadas ao enfrentamento ao crack que ao atuarem em uma mesma região, prestam os mesmo serviços e têm as mesmas carências.

Nos casos em que a União implementa políticas públicas que são pensadas, desenvolvidas e executadas sem que os demais entes participem ou que participem apenas como meros coadjuvantes, entende-se que essas políticas públicas podem até abranger todo o território nacional, mas não passam de políticas públicas federais. Noutro giro, entende-se que uma política pública nacional não demanda apenas uma atuação que se reflita por todo o território brasileiro, mas sim que conte coma efetiva participação dos demais entes federativos em patamar que permita a eles influírem não apenas na execução, mas no próprio planejamento e definição de metas, observando-se as especificidades locais, o que se daria sob a forma de parceria e não mera possibilidade de adesão¹⁹³.

No caso do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e do programa "Crack, é possível vencer"¹⁹⁴, não se ver uma

¹⁹¹ "Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição." BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 47. ed. Brasília: Edições Câmara, 2015, p. 18.

¹⁹² MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 755.

¹⁹³ A leitura de um termo de adesão ao programa, como o assinado pelo Distrito Federal, confirma o fato de que ao ente federativo caberá apenas aderir ao modelo já formatado pela União, no qual as diretrizes e compromissos já foram estabelecidos previamente. Não havendo adesão, não há como os recursos do programa serem repassados ao ente federativo.

¹⁹⁴ Não é de se estranhar que ao descrevê-lo, o Ministério da Justiça informe que o programa tem a coordenação do referido órgão, que o desenvolve em parceria com outros Ministérios. Nenhuma menção é feita aos demais entes federativos, *in verbis*: "O programa Crack, é possível vencer é um programa coordenado pelo Ministério da Justiça que desenvolve, em parceria com outros Ministérios, uma ação integrada que envolve três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade.

Dentro desses três aspectos, o programa integra vários grupos sociais, trabalhando, simultaneamente, na prevenção, no combate, na reabilitação e na reintegração social.

O programa é um amplo trabalho realizado pelos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos, visando a oferecer aos grupos de risco irrestrito apoio em todas as suas necessidades, contribuindo, desta forma, para a redução dos índices de consumo de drogas."

participação efetiva dos demais entes federativos. Em verdade, ambos foram gestados e executados sem a participação direta dos Estados-membros, Distrito Federal e Municípios. Não é de se estranhar que para fazer direito aos recursos disponibilizados pelo programa "Crack, é possível vencer", os entes federativos precisam firmar termos de adesão ao programa¹⁹⁵.

Aliás, para que um município pudesse ser beneficiado pelo programa "Crack, é possível vencer" era necessário que o Estado-membro do qual fizesse parte tivesse aderido ao programa previamente. Como alguns Estados-membros preferiram não aderir, certos municípios viam-se impedidos de aderir e receber os recursos e auxílios. Isso só foi superado em 2013, o que fez com que o programa pudesse alcançar localidades em todos os Estados-membros, não significando isso que todos estes tivessem aderido, muito pelo contrário¹⁹⁶.

Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>. Acesso em: 11 jul. 2015.

¹⁹⁵ O Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, dispõe no caput e §1º do art. 5º-A o seguinte:

"Art. 5º-A. A participação dos Estados, Distrito Federal e Municípios no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas ocorrerá por meio de termo de adesão.

§ 1º A adesão dos entes federados implica responsabilidade pela implementação das ações de acordo com os objetivos previstos neste Decreto e com as cláusulas estabelecidas no termo de adesão." BRASIL. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 dez. 2011. Seção 1, p. 29.

¹⁹⁶ São Paulo retrata com exatidão essa realidade, pois ainda que o governo estadual não tivesse aderido ao programa, a prefeitura paulistana o fez em 2013, de modo que passou a integrar as programas que desenvolvia para o enfrentamento ao crack ao programa federal. Para que isso fosse possível, além de firma o termo de adesão, editou a Portaria 332, de 31 de outubro de 2013, que tem entre seus pontos, os seguintes:

"CONSIDERANDO o Decreto Federal 7.179, de 20 de maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, alterado pelo Decreto Federal 7637, de 08 de dezembro de 2011;

CONSIDERANDO a adesão do Município ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e a necessidade decorrente de viabilizar o previsto na Cláusula Terceira: "Da gestão local do Programa no âmbito do Município", do Termo de Adesão ao Programa "Crack, é possível vencer";

CONSIDERANDO, ainda, a necessária constituição do GRUPO EXECUTIVO MUNICIPAL (GEM), cujo objetivo consiste em planejar, divulgar, implementar e monitorar as ações relacionadas ao Programa "Crack, é possível vencer"

[...]

V – São atribuições do GEM:

- a) Promover a integração das ações do Programa nas áreas da saúde, segurança pública, assistência social, justiça, educação e direitos humanos por meio da elaboração de um plano de trabalho;
- b) Submeter à validação e pactuação pelos trabalhadores, gestores e representantes de usuários dos serviços e de movimentos sociais, as ações e serviços municipais a serem prestados pelas áreas de saúde, assistência social, educação e segurança pública a partir das diretrizes e orientações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;
- c) Estabelecer mecanismos de coleta de dados e de monitoramento, de modo a permitir o acompanhamento, bem como a avaliação das ações e dos serviços oferecidos pelo Município

Cuida esclarecer que durante algum tempo a prefeitura de São Paulo, governada pelo PT, não conseguia aderir ao programa "Crack, é possível vencer", executada pelo governo federal, também comandada pelo PT, por não ter o governo paulista, em mãos do PSDB, aderido ao programa federal. Isso impedia que a União repassasse verbas para a prefeitura paulistana, o que só foi superado em 2013.

Por fim, no que tange ao programa "Crack, é possível vencer", fica claro seu caráter unilateral e federal, impondo uma concepção formulada no âmbito da União sem a participação dos demais entes federativos, o que faz com eles caso queiram aderir tenham que observar os eixos programáticos estabelecidos previamente, restando-lhes tão somente ajustarem as próprias políticas públicas, sem o que não será possível firmarem os termos de adesão.

2.3 Políticas públicas desenvolvidas na cidade de São Paulo: concepções diferentes para um mesmo problema

Diferentemente dos demais usuários e viciados que se valem de suas residências, escolas e locais privados, ou seja, estão pulverizados pelo espaço urbano (sobretudo), muitos daqueles que consomem o crack acabam por se reunir em cracolândias¹⁹⁷, espaços esses que têm uma dinâmica própria e que por isso impõe maiores desafios para os administradores públicos. Daí a

em consonância com o referido plano de trabalho, possibilitando também realizar e manter atualizado um diagnóstico das vulnerabilidades e necessidades decorrentes do Programa;

- d) Buscar o cumprimento das diretrizes, orientações, compromissos e ações previstas no Termo de Adesão ao Programa;
- e) Participar do Grupo de Trabalho de Ação Articulada das cenas de uso, organizando e articulando o necessário à implementação no âmbito municipal do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;
- f) Garantir representação em fóruns de articulação referentes à implantação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;" SÃO PAULO (Município). Portaria nº 332, de 31 de outubro de 2013. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1º nov. 2013, p. 3.

¹⁹⁷ "As cracolândias espalhadas por bairros da capital paulista inflaram e estão cada vez mais semelhantes à da Luz (região central), devido à montagem de barracos nas calçadas e à aglomeração que toma conta de várias ruas.

[...]

As pequenas cracolândias –mapeadas ou não pela administração municipal– estão em outros bairros como Tatuapé (zona leste), Vila Maria (zona norte) e até mesmo na região da avenida Paulista, onde há uso da droga no túnel Noite Ilustrada". RODRIGUES, Artur. Cracolândias crescem fora do centro de SP e viram favelinhas. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 3 mar. 2015. Cotidiano, p. C1.

necessidade de se desenvolver novas respostas, criando-se políticas públicas específicas.

Destaca-se que a cracolândia da região Luz acabou por se transforma, ainda que involuntariamente, em um “laboratório” para várias políticas públicas que foram e são executadas em função dos usuários de crack em situação de rua que ali estão instalados. Nela, por exemplo, podem ser encontrados usuários de variadas faixas etárias e origens, há aqueles que nasceram nas ruas, outros que tinham empregos, entre os quais advogados e médicos, e perderam tudo para o vício¹⁹⁸. A isso se soma toda uma economia local que gira em torno do crack e dos usuários, inclusive envolvendo negócios formais¹⁹⁹. Essa pluralidade de situações permite que variadas experiências sejam testadas, o que de fato vem ocorrendo há algum tempo, seja por força da atuação estatal, sobretudo governos estaduais e municipal, no local, seja pela atuação de entidades religiosas ou do terceiro setor.

As primeiras ações estatais na principal cracolândia paulista caracterizaram-se pelo viés nitidamente repressor, com resultado final invariavelmente inócuo. E por isso mesmo foram objetos de inúmeras críticas pela truculência. Nesse contexto, podem ser apontadas as seguintes atuações desenvolvidas pelo Estado e Município de São Paulo, isolada ou conjuntamente: (i) Operação Limpa, em 2005²⁰⁰; (ii) Projeto Nova Luz²⁰¹,

¹⁹⁸ “Semelhante aos locais de grande fluxo, a “cracolândia” atrai e concentra uma ampla diversidade de usuários de *crack*, atestada num simples golpe de vista. Assim que se chega às ruas do entorno, a leitura corporal da multidão é procedimento que antecede a reflexão. Na multidão, destacam-se os homens jovens, que possuem entre 20 e 40 anos. Olhando mais, veem-se os adolescentes, as crianças, os idosos, as mulheres. Na maior parte das vezes estão falando muito, conversando, revendendo, trocando objetos, contando histórias ou lançando desaforos. Os corpos se tocam, se entreolham; ora se cumprimentam, ora se provocam. As vozes juntas são barulhentas, falam ao mesmo tempo. Nada, porém, é mais desconcertante do que quando silenciam”. RUI, Taniele. Usos da “Luz” e da “cracolândia”: etnografia de práticas espaciais. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 91-104, mar. 2014.

¹⁹⁹ “RUI, Taniele. Usos da “Luz” e da “cracolândia”: etnografia de práticas espaciais. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 91-104, mar. 2014.

²⁰⁰ CARVALHO, Luiz Maklouf. Acabar com a Cracolândia, obsessão de Matarazzo. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 13 de mar. 2005, Metrópole, p. C3.

²⁰¹ Projeto que buscava acabar com o problema da Cracolândia, mas que ao mesmo tempo buscava revalorizar a região da Luz, inclusive com a instalação no local de grandes empresas, o que levou a críticas sobre o possível viés de especulação imobiliária do projeto. COELHO JUNIOR, MÁRCIO NOVAES. Processos de intervenção urbana: bairro da Luz.

calçado na Lei Municipal nº 14.096, de 2005 e (iii) Plano de Ação Integrada Centro Legal (Operação Sufoco), de 2012²⁰².

Pautadas muito mais por interesses econômicos e de segurança pública, as ações estatais estavam incluídas em políticas públicas que objetivavam a desocupação do espaço urbano no qual estava instalada a Cracolândia (na região da Nova Luz), de maneira que o problema do consumo e comercialização não eram vistos com foco nos interesses dos usuário, mas por interesses outros, sobretudo imobiliários²⁰³.

Diante da pouca eficácia obtida e dos desgastes políticos provocados pela truculência, surgem a Operação Braços Abertos²⁰⁴ e a Operação Recomeço como novas formas de enfrentamento. No entanto, a diferença entre as duas é marcante, pois a primeira opta por uma política calcada na redução de danos, enquanto a segunda compreende o vício no crack como uma enfermidade, que precisa ser tratada pela perspectiva médica.

Essa divergência é ainda mais acentuada pelo fato do programa estadual ofertar a internação compulsória como tratamento médico válido. Enquanto para alguns o referido tratamento violaria a autodeterminação dos

2010. 329 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16136/tde-24052010-104646/>>. Acesso em 02 ago. 2014.

²⁰² RUI, Taniele. Depois da 'Operação Sufoco': sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na 'cracolândia' paulista. *Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar*. São Paulo, v.3, n.2, p.287-310, 2013.

²⁰³ Interessante comentar que nesse processo de reenquadramento da região central da cidade de São Paulo, a cracolândia e os usuários são apenas um dos componentes do 'problema'. Pequenos comerciantes e moradores de cortiços também estão colocados entre os 'indesejados' que devem ser eliminados para que a transformação imobiliária da região alcance êxito. De acordo com Glória da Anunciação Alves, professora da USP, "Existe claramente uma lógica de transformação da área. Com o discurso da requalificação, da limpeza da área dos perigos presentes (especialmente representados pela presença dos usuários de drogas, mendigos, sem teto e população de baixa renda que vive nos cortiços), o poder público, associado à iniciativa privada, consegue, por meio da mídia, apoio de boa parte da população paulistana que desconhece os protestos e a vida existente na localidade". ALVES, Glória da Anunciação. A requalificação do centro de São Paulo. *Revista de Estudos Avançados*. São Paulo, v. 25, n. 71, p. 109-118, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v25n71/08.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

²⁰⁴ A partir da entrada em vigor do Decreto nº 55.067/2014, que deu nova regulamentação à Lei Municipal nº 13.178/2001, a Prefeitura de São Paulo deu início à execução do Programa Braços Abertos, que busca mudar o enfoque de enfrentamento que caracterizava os projetos anteriores, dando ênfase aos resgates dos viciados, aproximando-os do Estado, de serviços públicos e de oportunidades para superarem o vício.

usuários de crack, outros defendem sua utilização para aqueles casos em que há indicação médica e para os quais os demais tratamentos não se aplicariam, não havendo em tais situações qualquer limitação à autodeterminação.

2.3.1 O usuário de crack na perspectiva dos programas desenvolvidos em São Paulo

As críticas e os resultados negativos obtidos nas operações anteriores deixaram claro que o modelo baseado na repressão e na internação compulsória em massa não era a resposta adequada para se alcançar solução razoável para o consumo de crack por usuários em situação de rua.

A resposta da prefeitura de São Paulo para a questão se deu por intermédio de uma política pública baseada na redução de danos, com ênfase na reintegração social dos usuários e viciados. Em suma, o programa Braços Abertos²⁰⁵ foi concebido sob as premissas da política de redução de riscos e danos, na qual cabe ao indivíduo beneficiado pela atuação estatal papel ativo em relação a tudo que lhe afete diretamente²⁰⁶.

²⁰⁵ Art. 1º Fica regulamentado, nos termos deste decreto, o Programa De Braços Abertos, instituído em 15 de janeiro de 2014, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da promoção de direitos e de ações assistenciais, de saúde e de prevenção ao uso abusivo de drogas.

§ 1º O Programa De Braços Abertos buscará conjugar esforços entre todos os entes da Federação, em consonância com a adesão do Município de São Paulo ao Programa “Crack, é possível vencer”.

§ 2º A implementação das ações do Programa De Braços Abertos será realizada de forma progressiva, intersetorial e articulada entre as políticas municipais de saúde, direitos humanos, assistência social, trabalho, segurança urbana, educação, moradia, desporto, cultura, meio ambiente, entre outras.

SÃO PAULO (Município). Decreto nº 55.067/2014, de 28 de abril de 2014. Regulamenta o Programa De Braços Abertos e altera o Decreto nº 44.484, de 10 de março de 2004, que regulamenta o Programa Operação Trabalho. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, 29 abr. 2014, p. 1.

²⁰⁶ “A Redução de Danos, atualmente, prevista pela Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, é descrita pela Organização Mundial de Saúde como estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir às consequências negativas associadas a certos comportamentos e, ainda, pelo Ministério da Saúde, como ações para a prevenção das consequências danosas à saúde, decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo, sendo que o princípio fundamental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha, vez que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas.” MARQUES, Amanda; MALHEIRO, Luana. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, Antônio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. (Orgs.) *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de ruas*. Salvador: CETAD/UFBA, 2010, p. 49-53.

Atualmente, os serviços disponibilizados em prol dos usuários e viciados em crack da cidade de São Paulo são os abaixo relacionados. Deve-se ressaltar que tais serviços estão inseridos no planejamento feito para o Programa “Crack, é possível vencer” para todo o país, conforme o eixo de atuação.

Equipamentos e serviços existentes no Município

Eixo Cuidado (Quantidades)

Equipes de Consultório na rua: **16**

Unidade de Acolhimento Adulto - UAA: **9**

Unidade de Acolhimento Infante Juvenil - UAI: **1**

CAPS AD III 24h: **6**

Outros CAPS: **75**

Vagas em Comunidades Terapêuticas: **10**

Centro Pop - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua: **3**

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social: **24**

Eixo Prevenção (Quantidades)

CRR - Centro Regional de Referência: **1**

Dados colhidos em 27/01/2015 no sítio eletrônico <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>

Fonte: Observatório do Programa "Crack é possível vencer" – Tabulação própria

O programa busca reduzir os riscos e danos, ao mesmo tempo em que atua para prevenir o uso, sem que isso signifique abstinência, e garantir tratamento e assistência social aos beneficiários. A isso se somam a atuação estatal para garantir o acesso dos usuários a atividades ocupacionais e que lhes possibilitem auferir alguma renda, a requalificação profissional, alimentação e hospedagem gratuita para todo beneficiário que adira ao programa.

Ponto que se deve destacar no programa é o papel ativo dado aos usuários. Estes, como atores diretamente interessados, assumem papel ativo na implementação do programa, tanto que a eles não é imposto que deixem de consumir drogas. Nesse sentido, a liberdade para se autodeterminarem está presente em situações como a vivenciada durante o processo de realocação dos usuários em situação de rua para hotéis na própria região, no qual foi preciso respeitar os laços familiares e de amizade existentes, inclusive havendo

preocupação com a destinação adequada dos animais pertencentes aos beneficiados²⁰⁷.

Nesse processo de reconstrução social dos usuários de crack, chama atenção o fato de que alguns usuários em situação de rua passaram a exercer atividades de zeladoria na própria região da Luz, no caso, a varrição e a limpeza de ruas e praças públicas, em turnos de quatro horas. A cada participante foi garantida a remuneração diária de R\$ 15,00 (quinze reais), desde que também frequentem programas de qualificação profissional²⁰⁸.

Fica claro que a política pública implementada pelo governo municipal de São Paulo na cracolândia da região da Luz tem como norte o respeito à autodeterminação dos usuários de crack, colocando-se frontalmente em oposição às internações compulsórias em massa²⁰⁹. No entanto, isso não signifique o abandono do consumo do crack, não havendo até o momento um estudo que comprove a eficácia dessa política pública²¹⁰.

²⁰⁷“Moradores da “favelinha” da cracolândia, no centro de São Paulo, ameaçaram não entrar nos hotéis caso não pudessem ficar com seus cachorros. Com as famílias, agentes da prefeitura contabilizaram 16 animais.

Carlos Eduardo do Nascimento, 25, morou em um barraco por um mês e meio. Já chegou ao local com o cão Billy, que achou abandonado em uma rua meses antes.

“Não vou deixar o animal na rua pra morrer atropelado. Já pensou se fosse eu?” disse, visivelmente irritado, enquanto esperava uma assistente social encontrar um hotel que aceitasse o cão.

“A gente só sobe se tiver lugar para ele”, disse sua companheira, Fátima Amaya, 37.

Inicialmente, os cachorros estavam proibidos nos hotéis. Na primeira noite, os animais ficaram com os tutores, mas houve reclamação -um deles, trancado pelo tutor, quebrou a porta para sair.

Carlos e Fátima só ficaram aliviados quando Billy foi liberado para passar a noite com eles em um dos hotéis.

Agentes informaram que será realizada hoje uma reunião para definir a situação dos animais. Segundo eles, já foi requisitado um espaço no Centro de Controle de Zoonoses para abrigá-los”. MORADORES só aceitam ir para hotel se levarem cachorro. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 16 jan. 2014. Cotidiano, p. C6.

²⁰⁸CARVALHIDO, Anna Luiza. O estigma e o poder do conhecimento: um estudo sobre a Operação Centro Legal de 2012. 2014. 138 f. Tese (Mestrado) - Escola de Direito de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11818>>. Acesso em 31 jan. 2015.

²⁰⁹ Quando o programa completou um ano, em janeiro de 2015, a Prefeitura de São Paulo informou que no período foram cadastrados 453 beneficiários. E que existiam, na ocasião, 21 beneficiários em processo de autonomia, inclusive trabalhando fora do programa. Existiam, ainda, outros 321 beneficiários em trabalhos de varrição de ruas e limpeza de praças públicas. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/5240#ad-image-0>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

²¹⁰ As informações da Prefeitura de São Paulo sobre o programa não foram objeto de auditoria independente, por isso, não há como se atestar a veracidade das informações.

De maneira diversa, o governo estadual de São Paulo compreende o consumo de crack como uma enfermidade, em que o usuário para romper a dependência química necessita de tratamento médico adequado, algumas vezes sob a forma de internação, que poderá ser voluntária, involuntária e compulsória. Ana Cecília Petta Roselli Marques corrobora esse entendimento, por isso, ao criticar o Programa Braços Aberto, entende que é ingênuo imaginar que a dependência química em crack, enfermidade que causa grave repercussão no cérebro, pode ser superada sem tratamento médico adequado²¹¹.

Não por outro, no portal eletrônico do Programa Recomeço consta a informação de que aos beneficiários da referida política pública, isto é, aos dependentes químicos, sobretudo usuários de crack, serão oferecidos tratamento e acompanhamento multidisciplinar por profissionais qualificados. Chama atenção o fato de se utilizar o termo “paciente” para os usuários e dependentes, o que é compatível com a concepção do programa, uma vez que a eles serão ofertados ou, caso se entenda necessário, impostos tratamentos médicos que os livrem do consumo de crack e outras drogas²¹².

Ronaldo Laranjeiras²¹³, psiquiatra e professor-titular da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), coordenador do Programa Recomeço, defende que a solução do problema do consumo de crack pelos usuários passa, em regra, pelo tratamento médico. Por isso, para aqueles casos em que

²¹¹ MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli. Programa anticrack de braços abertos, da prefeitura de São Paulo, tem tido êxito? Não. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 27 dez. 2014. Opinião, p. A3.

²¹² Disponível em: <<http://programarecomeco.sp.gov.br/sobre-o-programa/>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

²¹³ De acordo com Anna Luiza Carvalhido, “o caso da trajetória do médico psiquiatra Ronaldo Laranjeira parece ser um bom exemplo de produção de conhecimento atrelada ao poder. Seguindo uma linha pró-internação e favorável à guerra às drogas, esse médico acabou ganhando bastante força nos últimos anos no cenário de política de drogas no Estado e no município de São Paulo. Acredito que a existência de figuras muito conectadas com o poder seja um elemento frequente em nossa sociedade, e não quero com isso ‘denunciar’ qualquer irregularidade – até porque não parece existir uma. Gostaria, apenas, de ilustrar o quanto um campo amplo e controverso, como é o da saúde no âmbito das políticas de drogas, pode, momentaneamente, receber um porta-voz, necessariamente muito próximo de esferas de poder, e passar, com isso, a impressão para aqueles que estão de fora do debate de que a sua solução é única e verdadeira.” CARVALHIDO, Anna Luiza. O estigma e o poder do conhecimento: um estudo sobre a Operação Centro Legal de 2012. 2014. 138 f. Tese (Mestrado) - Escola de Direito de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11818>>. Acesso em 31 jan. 2015.

o usuário não aceita por conta própria se submeter a tratamento médico para a superação do vício, o Estado, quando não houver familiares ou outro responsável, deverá recorrer às disposições legais para conseguir realizar a internação compulsória do viciado, auxiliando-o, por intermédio de tratamento psiquiátrico, a abandonar o consumo da droga²¹⁴.

Percebe-se que os usuários de crack são vistos de maneira bem diferente pelos dois programas, no primeiro o papel deles é ativo e participam efetivamente de todo o processo, dando-se ênfase à autonomia deles, que estão livres para aderirem ou não aos serviços e ações desenvolvidas. No segundo, os usuários assumem um papel passivo, pois são vistos como pacientes, cuja enfermidade afeta o cérebro e a capacidade de raciocínio, situação que precisa ser adequadamente tratada.

Por isso mesmo, em relação ao programa estadual, a autodeterminação dos usuários encontra-se limitada, não havendo por parte deles uma participação efetiva na condução do programa. Para parcela dos usuários não há nem mesmo que se falar em limitação da autonomia, pois, a partir de avaliação médica, pode-se entender que são absolutamente incapazes de gerir a própria vida e superarem o vício por conta própria, impondo-se a eles tratamentos sob a forma de internação involuntária ou compulsória, a depender do caso.

As críticas ao programa defendem que as internações compulsórias desrespeitam a autodeterminação dos usuários ponto principal, impondo a abstinência como questão central do tratamento, além de se valer da massiva internação de usuários e viciados em situação de rua, práticas essas que não resultam na solução do problema²¹⁵.

²¹⁴ LARANJEIRA, Ronaldo. Recomeço: direito a uma nova vida. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 20 mai. 2013. Opinião, p. A3.

²¹⁵ A divergência e hostilidades de alguns atores ligados ao Programa de Abraços Abertos em relação ao Programa Recomeço fica evidente na manifestação feita durante reunião do COMUDA, no qual Leonardo Pinho representante da Associação Inclui Mais, não deixa dúvida a respeito de sua oposição ao Programa Recomeço, defendendo, inclusive, o fechamento da principal estrutura de apoio ao programa que é o Centro de Referência de Álcool Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), criando-se um centro de cultura e convivência no local. Na mesma linha é a manifestação da representante da organização da sociedade civil denominada É de Lei, que, em acréscimo, sugere que o COMUDA deveria se posicionar a

Outra importante diferença e objeto de críticas é a opção pelas comunidades terapêuticas como alternativa de tratamento. No caso, verifica-se que o tratamento feito em regime de internação custa aos cofres do governo estadual o valor de R\$ 1.350,00 mensais por paciente, que são depositados diretamente na conta da prestadora de serviço²¹⁶.

Obviamente, pela lógica de mercado, quanto maior o número de usuários e dependentes químicos maiores serão os lucros dos prestadores. Há um risco duplo nesta situação, o primeiro é a falta de estímulo para um tratamento eficaz, o que poderia resultar, por exemplo, em maior número de reincidência no uso de droga, levando a novas internações em sequência. O segundo é o grave risco de desrespeito à autodeterminação dos usuários, que se constituindo em fonte de lucros, pode se ver na situação de ser levado a tratamento involuntário ou compulsório mesmo possuindo condições de gerir a própria vida.

Portanto, fica patente que a diferença entre as formas como os usuários de crack são vistos por ambos os programas. Essa diferença reflete na autonomia deles, que é ampla em relação ao programa municipal, mas limitada no programa estadual.

respeito por meio de nota pública. REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS E ÁLCOOL, 3., 2014, São Paulo. Ata. São Paulo: COMUDA, 2014.

²¹⁶Artigo 1º – Os dispositivos adiante indicados do Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, passam a vigorar com a seguinte redação:

I – o artigo 3º:

“Artigo 3º – Fica instituído o “Cartão Recomeço” com o objetivo de identificação do beneficiário deste programa, a fim de viabilizar o custeio das despesas individuais nos serviços de acolhimento para reabilitação de pessoas usuárias de substâncias psicoativas e a promoção de sua reintegração à vida comunitária em unidades de acolhimento institucional.

§ 1º – O Cartão Recomeço será concedido a pessoa física beneficiária deste programa, sendo de uso exclusivo nas instituições credenciadas para esse fim, com a finalidade de monitorar o acompanhamento durante todo o período de acolhimento institucional desse beneficiário.

§ 2º – O serviço de acolhimento para reabilitação de pessoas usuárias de substâncias psicoativas e a promoção de sua reintegração à vida comunitária é um processo que envolve um conjunto articulado de ações de diversas políticas no enfrentamento das vulnerabilidades e dos rompimentos de vínculos familiares e comunitários decorrentes do uso contínuo de substâncias psicoativas, cabendo ofertas próprias para promover o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como a autonomia, a independência, a segurança, o acesso aos direitos e à participação plena e efetiva na sociedade.” SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 59.684, de 30 de outubro de 2013. Dá nova redação e acrescenta dispositivo ao Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, que institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 31 de outubro de 2013, p. 4.

2.3.2 A internação compulsória no âmbito das políticas públicas de enfrentamento ao crack

As críticas dirigidas ao papel da internação compulsória no âmbito do programa estadual são calcadas no argumento de que isso é feito de maneira massiva e não levando em conta a autonomia dos usuários. Ora, é fato que o referido tratamento deverá ser aplicado para casos específicos, não havendo como ser utilizado de maneira massiva, sob pena de ofensa à liberdade de autodeterminação dos usuários que não necessitam do tratamento.

Pois bem. Cabe registrar que a internação compulsória tem como base legal a Lei nº 10.216/2011, que a enquadra como uma espécie de internação psiquiátrica, em que o profissional médico competente deverá necessariamente indicá-la como o tratamento mais adequado para aqueles pacientes/usuário considerados portadores de algum transtorno mental e para os quais os outros tratamentos não surgem como uma alternativa viável.

Em verdade, a Lei nº 10.216/2001 coroou um processo de combate ao tratamento psiquiátrico calcado em manicômios. A partir desse diploma legal os indivíduos que possuísem alguma enfermidade mental não poderiam ficar indefinidamente recolhidos para tratamento psiquiátrico. E mais, estabeleceu-se que ordinariamente o tratamento deveria ocorrer primordialmente em ambulatorios. Foi nesse contexto que surgiram pelo país os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que assumiram o papel de protagonistas no tratamento psiquiátrico²¹⁷.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) contam com equipes de profissionais com especialização em diversas áreas do conhecimento, o que possibilita que prestem atendimento multidisciplinar e complementar, auxiliando o dependente no tratamento, reabilitação e reinserção na sociedade. Os CAPS estão disciplinados pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do

²¹⁷ DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo F. de; MELLO, Andrea de Abreu F. de; KOHN, Robert. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 59-60.

Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)²¹⁸.

Para aqueles que defendem a internação compulsória como tratamento a ser aplicado a usuários de drogas em situação de rua que tenham indicação médica e não o façam de maneira voluntária, é um erro se priorizar a reabilitação psicossocial em detrimento do tratamento, sob a equivocada ideia de que o controle e superação do vício é algo que possa ser ensinado a quem possui um transtorno psiquiátrico. Em tais casos, haveria o risco concreto desses pacientes não conseguirem superar seus problemas com as drogas, tornando a presença deles no sistema perene²¹⁹.

De qualquer sorte, a internação compulsória deverá ser determinada pelo Judiciário, podendo ser dividida entre as de natureza criminal e as de natureza cível. A primeira se destina aos indivíduos que cometam algum tipo de delito, para o qual o magistrado entenda cabível a aplicação de medida de segurança que imponha a hospitalização e tratamento compulsório em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

No que se refere ao tratamento compulsório decorrente de delito que envolva o uso de entorpecentes, o art. 10 da Lei nº 6.368/1976²²⁰, que dispunha que a internação hospitalar seria obrigatória quando a dependência do autor do delito impusesse tal tratamento, foi revogado juntamente com o restante do mencionado diploma legal. Assim, com a vigência da Lei nº 11.343/2006, houve uma reviravolta no que se refere à opção pelo tratamento

²¹⁸BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. BRASIL. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 mai. 2013. Seção 1, p. 38.

²¹⁹Não por isso, os autores alertam que há o risco de que o atual modelo de tratamento psiquiátrico do país venha a repetir os mesmos erros que existiam antes da reforma. PINTO, Alessandra Teixeira Marque; FERREIRA, Arthur Arruda Leal. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, mar. 2010.

²²⁰art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem. BRASIL. Lei 6368, de 21 de outubro de 1976. Lei de Entorpecentes. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de out. 1976. Seção 1, p. 14039.

com restrição de liberdade. Agora, caberá ao Estado colocar à disposição do infrator, sem custos, preferencialmente, tratamento ambulatorial em estabelecimento de saúde²²¹.

No que tange às internações compulsórias de natureza cível, estas também decorrem de ordens judiciais proferidas, em regra, após solicitação de algum familiar que não conseguiu que o Estado espontaneamente prestasse o serviço²²², seja por simples negativa injustificada, seja por não disponibilizar o tratamento na rede pública de saúde. Neste último caso, o Estado acabará sendo obrigado a custear o tratamento em algum estabelecimento da rede médica privada.

Com efeito, ainda que exista uma determinação judicial ou decisão proferida pela autoridade administrativa, o médico deverá fazer uma avaliação caso a caso e, se porventura concluir que não há indicação de internação psiquiátrica, não emitirá laudo médico favorável sob pena de abdicar de sua autonomia profissional, além de incorrer em falta ética grave passível de punição pelo órgão de classe ao qual pertence. Desse modo, como a norma impõe laudo médico que exponha as causas que justifiquem a internação, a inexistência dele inviabilizará o procedimento médico²²³.

Para que a internação compulsória seja justificável, sobretudo nos casos em que o dependente tem a capacidade de escolha reduzida ou completamente eliminada pelo vício, deverá se verificar se esta situação gera risco considerável para o próprio paciente ou para terceiros, mormente quando presente o quadro de agitação psicomotora, agressividade e a intenção de se autolesionar ou de se auto-exterminar²²⁴.

²²¹ art. 28 [...]

§7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado. . BRASIL Vade-mécum saraiva. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 1737.

²²² TABORDA, José; BARON, Ana Lúcia Duarte; PESSETTO NETO, Luigi. Aspectos ético-legais nas emergências psiquiátricas. In: QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. (Org.). *Emergências psiquiátricas*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed., 2014, p. 69-86.

²²³ TABORDA, José; BARON, Ana Lúcia Duarte; PESSETTO NETO, Luigi. Aspectos ético-legais nas emergências psiquiátricas. In: QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. (Org.). *Emergências psiquiátricas*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed., 2014, p. 69-86.

²²⁴ DUARTE, Carolina Gomes et. al. Internação psiquiátrica compulsória: a atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Revista da Defensoria Pública*, São Paulo, v. 5, n.1, 2012, p. 168.

Na eventualidade do médico apontar a necessidade da internação, deve se entender que o referido tratamento não é um fim em si mesmo, ao contrário, ele será apenas uma etapa de um tratamento mais longo²²⁵, que iniciará com o dependente recolhido em um estabelecimento de internação. Posteriormente, com a melhora do quadro de saúde e a recuperação da consciência e autodeterminação do indivíduo, este receberá alta da internação, mas deverá continuar o tratamento, sob forma diversa, mas igualmente importante.

Nesse desiderato, ao contrário do que alguns imaginam, ou desejam, a reforma psiquiátrica que culminou com a Lei Federal nº 10.216/2001 não eliminou a internação como opção de tratamento, ao contrário, ela consta expressamente em seu texto, obviamente como a derradeira alternativa, quando as outras formas de tratamento se mostraram insuficientes.

Portanto, não há como se taxar de plano as internações compulsórias feitas no âmbito do programa estadual paulista de irregulares. Afinal, para que elas ocorram, além de indicação médica, deverá haver decisão judicial, o que impõe a participação de importantes atores públicos, destacando-se o Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública²²⁶.

²²⁵Atualmente várias abordagens de tratamento para dependência de cocaína e crack no Brasil vêm sendo discutidas, porém existem muitas controvérsias sobre qual abordagem demonstra maior efetividade na literatura científica. Há um consenso de que a dependência de crack exige um tratamento difícil e complexo, pois é uma doença crônica e grave que deverá ser acompanhada por longo tempo. KESSLER, Felix; PECHANSKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, ago. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

²²⁶Foram assinados três termos de cooperação técnica: um com Tribunal de Justiça de SP para a instalação de um anexo do tribunal no CRATOD, em regime de plantão (9h às 13h, de segunda a sexta-feira), com o objetivo de atender as medidas de urgência relacionadas aos dependentes químicos em hipóteses de internação compulsória ou involuntária, com a presença inclusive de integrantes da Defensoria Pública; outro termo com o Ministério Público, com o objetivo de permitir que promotores permaneçam acompanhando o plantão do Judiciário. E um terceiro, com a OAB, para que a entidade coloque, de forma gratuita e voluntária, profissionais para fazer o atendimento e os pedidos nos casos necessários. “Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos.” Disponível em :<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660&c=6>. Acesso em: 01 fev. 2015.

2.4 Conclusão parcial

O presente capítulo buscou discutir a questão das políticas públicas voltadas ao enfrentamento do crack. Para tanto, fez-se necessária a apresentação de alguns conceitos acerca da própria política pública e de temas que são correlatos a ela, tais como planejamento, projeto e planos.

Registra-se que, ainda que o problema das drogas não seja novo, apenas recentemente, ao final do Século XX, é que o Brasil conseguiu formular uma política pública nacional relativa aos entorpecentes, que tem a vantagem de não se limitar a pensar o problema do crack pelo enfoque da segurança pública, mas também dando destaque a aspectos educativo e de saúde pública.

Isso não significa que tenhamos conseguido desenvolver políticas públicas integradas entre todos os entes da federação, ao contrário, o que se verifica são a implementação de políticas públicas diversificadas, que poderiam ser aplicadas em conjunto, o que levaria a maior efetividade e eficiência, mas que acabam refletindo as divergências políticas de seus governantes.

No presente capítulo, cuidou-se de apresentar as políticas públicas executadas pela União, pelo governo paulista e pelo governo paulistano, ficando claro que o programa federal opta por uma política mais genérica e padronizada, de modo que a mesma concepção pensada para a realidade de uma cidade como São Paulo será aplicada a uma cidade como Boa Vista, variando, quando muito, a quantidade de recursos financeiros e materiais. No que diz respeito aos programas desenvolvidos na cidade de São Paulo pelos governos estadual e municipal, a integração encontra maior obstáculo em relação às divergências políticas, do que na realidade dos fatos.

Bastante interesse é o fato de que os dois programas apontam informações para comprovar sua eficiência, mas não apresentam nenhum estudo nesse sentido, demonstrando o que está sendo feito de correto e o que precisa ser ajustado.

3. A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E A LIBERDADE DE AUTODETERMINAÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK

O uso em si do crack ou de qualquer outra droga não transforma de pronto o usuário em um incapaz ou autoriza que sua autonomia seja desconsiderada ou relativizada. Mostra-se equivocado qualquer tratamento que vá de encontro às necessidades dos usuários de crack, impondo soluções massificadas, sem se atentar para as peculiaridades individuais e sem levar em consideração que ordinariamente o usuário é livre para viver como bem entender.

Entre as soluções disponibilizadas a esses usuários, a internação compulsória se destaca, pois traz como consequência intrínseca a limitação da liberdade física e da autonomia existencial.

Neste capítulo será analisada a compatibilização, ou não, da internação compulsória com a liberdade de autodeterminação dos usuários, para isso, serão trazidas aos debates questões relativas à dignidade do usuário de drogas, capacidade para gerir a própria vida e consentimento informado.

3.1 O tratamento compulsório diante da autonomia privada dos dependentes químicos

A internação compulsória impõe regime de isolamento em unidade médica especializada, limitando a liberdade do dependente químico para se locomover e para decidir e concretizar suas decisões. Não por outro, as críticas contrárias ao tratamento defendem que a internação compulsória de

dependentes químicos em crack ofenderia a dignidade²²⁷ e a liberdade do usuário para determinar a própria existência²²⁸.

No entanto, os defensores do tratamento entendem que não há que se falar em ofensa à liberdade dos dependentes químicos submetidos à internação compulsória, pois o uso das drogas, em alguns casos, elimina, permanente ou transitoriamente, a autodeterminação. Consequentemente, não poderiam ser chamados a decidir, pois efetivamente não seriam capazes disso.

De qualquer forma, não há como se falar em autonomia para decidir a própria vida sem se falar em liberdade²²⁹. Nada mais óbvio, afinal, não havendo liberdade, torna-se impossível garantir que a decisão que alguém venha a tomar esteja refletindo sua intenção mais íntima. A falta de liberdade, em regra, limita²³⁰ a maneira como cada um encaminha suas decisões, sobretudo quando elas deverão ser exteriorizadas²³¹.

Assim, para melhor analisar a relação existente entre internação compulsória e autodeterminação dos usuários de drogas, faz-se necessário

²²⁷ Ingo Sarlet compreende a dignidade da pessoa humana como uma qualidade intrínseca a cada ser humano, impondo a todos, inclusive ao Estado, o dever de respeito e a proibição de submetê-lo a tratamentos degradantes e que o avilte. Em suma, a ideia de dignidade da pessoa humana está necessariamente ligada a uma existência digna, em que cada pessoa é determinante não apenas para a definição do próprio destino, mas também para o destino dos demais seres humanos. SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012, p.53.

²²⁸ COELHO, Isabel; Oliveira, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr.-jun. 2014

²²⁹ Celso Bastos entendia que liberdade é um vocábulo plurissignificativo, não havendo uma única conceituação que a defina. Assim, de acordo com o autor, “num primeiro momento pode-se definir como faculdade que cada pessoa possui de decidir ou agir segundo a sua própria determinação. Sob o prisma social e jurídico, de outra parte, pode-se conceituar como o poder de agir de cada pessoa dentro de uma sociedade, segundo a sua própria determinação, desde que respeitados os limites impostos pela lei. Também é possível concebe-la como a faculdade de fazer tudo aquilo que não é proibido pela lei.

Em que pese a multiplicidade de seus sentidos, o importante é atentar-se para o fato de que o conceito de liberdade é um dos mais fundamentais. Ele não pode ser reduzido a uma única significação, pois trata-se de um valor superior do ordenamento jurídico”. BASTOS, Celso Ribeiro. Direito de recusa de pacientes submetidos a tratamentos terapêuticos às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 787, p. 493-507, mai. 2010.

²³⁰ MARQUES, Emília Tavares e RIBEIRO, Jose Luis Pais. Comportamentos (a) normais e recurso à entrevista estruturada na avaliação de (in)imputáveis juridicamente privados de liberdade. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v.33, n.3, p. 564-579, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a05.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

²³¹ ZATTI, Vicente. *Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007, p. 36.

determinar com maior precisão os institutos da liberdade e dignidade da pessoa humana.

3.1.1 Limitação da liberdade de autodeterminação nos casos de internação compulsória.

A internação compulsória é tratamento psiquiátrico previsto na Lei nº 10.216/2001, no qual o enfermo permanece em ambiente hospitalar e tem sua liberdade de ir, vir e permanecer restringida. Nesse sentido, os críticos do tratamento para dependentes químicos de crack entendem que ela atentaria contra a liberdade, pois cumpriria muito mais o papel de medida punitiva do que terapêutica.

Em primeiro lugar, deve-se entender que a internação compulsória nos moldes previstos na norma supracitada não cumpre nenhuma finalidade punitiva, o que não teria sentido, uma vez que a Lei nº 10.216/2001 surge como produto direto da reforma antimanicomial, de maneira que a internação nos termos da lei é permitida como exceção e apenas como tratamento médico necessário ao paciente. Logo, não havendo desvirtuamentos em relação aos objetivos amparados pela norma supracitada, não se poderá falar em confusão com a medida de segurança prevista no inciso I, do artigo 96 do Código Penal²³² ou com a medida prevista no parágrafo único do artigo 45 da Lei nº 11.343/2006²³³.

De qualquer forma, a pretensa violação da liberdade do usuário não é algo tão simples de comprovar ou mesmo de se afastar essa alegação, pois a própria definição do que seja liberdade²³⁴ não se mostra tarefa fácil.

Para os liberais afeitos aos ensinamentos de John Locke²³⁵, os homens são em sua essência livres desde o nascimento, iguais e não se subordinam

²³² BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jan. 1941. Seção 1, p. 61.

²³³ BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Seção 1, p. 2.

²³⁴ A liberdade é um daqueles conceitos que parecem simples e de fácil compreensão ao primeiro olhar, mas que ao serem analisados com mais profundidade e cuidado se mostram complexos e com divergências muitas vezes inconciliáveis. Para Canotilho “O conceito de liberdade permanece ainda bastante obscuro na doutrina”. CANOTILHO, J.J.Gomes. *Direito Constitucional*. 7. Ed. Coimbra: Almedina, 2003, p. 1259.

entre si. Logo, a liberdade do indivíduo seria uma condição natural, de modo que a limitação se daria como exceção e de forma expressa, cabendo ao Estado o papel de serviçal dos cidadãos.

Kant compreende a liberdade²³⁶ por uma perspectiva relacionada à moralidade e à legalidade, em que o Direito tem o papel de coordenar e harmonizar o livre arbítrio dos indivíduos em conformidade com uma lei universal de liberdade²³⁷. Nesse sentido, o homem é dotado de liberdade para exprimir sua individualidade, de maneira que, respaldado por um conjunto de liberdades individuais, busca na coexistência com outros homens alternativa para garantir a máxima efetividade da personalidade²³⁸.

Tanto por uma concepção, como pela outra, fica claro que a liberdade não é absoluta, podendo ser relativizada em situações específicas. No que diz respeito às intenações compulsórias, não há como se apontar de plano que ela é incompatível com a liberdade dos usuários de crack. A Lei nº 10.216/2001 excepciona a liberdade daqueles indivíduos que padecem de enfermidade

²³⁵ “A liberdade natural do homem deve estar livre de qualquer poder superior na terra e não depender da vontade ou da autoridade legislativa do homem, desconhecendo outra regra além da lei da natureza. A liberdade do homem na sociedade não deve estar edificada sob qualquer poder legislativo exceto aquele estabelecido por consentimento na comunidade civil; nem sob o domínio de qualquer vontade ou constrangimento por qualquer lei, salvo o que o legislativo decretar, de acordo com a confiança nele depositada. Portanto, a liberdade não é o que Sir Robert Filmer nos diz, O.A. (*Observations on Aristotle*), “uma liberdade para cada um fazer o que quer, viver como lhe agrada e não ser contido por nenhuma lei”. Mas a liberdade dos homens submetidos a um governo consiste em possuir uma regra permanente à qual deve obedecer, comum a todos os membros daquela sociedade e instituída pelo poder legislativo nela estabelecido. É a liberdade de seguir minha própria vontade em todas as coisas não prescritas por esta regra; e não estar sujeito à vontade inconstante, incerta, desconhecida e arbitrária de outro homem: como a liberdade natural consiste na não submissão a qualquer obrigação exceto a da lei da natureza.” LOCKE, John. *Segundo tratado sobre o governo civil e outros escritos*: ensaio sobre a origem, os limites e os fins verdadeiros do governo civil. Trad. Magda Lopes e Marisa Lobo da Costa. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 95-96.

²³⁶ Para Norberto Bobbio a moralidade e a legalidade kantiana podem ser diferenciadas a partir de uma concepção de liberdade bipartida: liberdade externa e interna. Com efeito, a moralidade estaria relacionada à legalidade interna, enquanto que o Direito estaria ligado à ideia de liberdade externa. Assim, as limitações e impedimentos que decorreriam da própria pessoa dizem respeito à liberdade interna, enquanto que o agir externalizado, livre dos impedimentos que decorrem de outros indivíduos ou em concorrência com eles, na qual é possível para alguém agir em conformidade com a própria vontade sem restrições impostas por outros, é denominada de liberdade externa. BOBBIO, Norberto. *Direito e estado no pensamento de Emanuel Kant*. Trad. Alfredo Falt. São Paulo: Mandarim, 2000, p. 95-967.

²³⁷ KANT, Immanuel. *A Metafísica dos Costumes*. Trad. Edson Bini. São Paulo: Edipro, 2003, p. 407.

²³⁸ ISRAEL, Jean-Jacques. *Direito das liberdades fundamentais*. Trad. Carlos Souza. Barueri: Manole, 2005, p. 13.

mental decorrente do uso de droga que os incapacitem totalmente para gerirem as próprias vidas. Nesses casos, abre-se a possibilidade de serem levados a tratamento médico, ainda que não tenham dado consentimento para isso.

De acordo com John Stuart Mills²³⁹ o indivíduo não pode ser coagido a agir segundo a moral de outrem, mesmo que isso o leve à própria infelicidade ou coloque sua integridade em risco, acaba por reconhecer que a liberdade não é absoluta quando traz reflexos para os demais indivíduos integrados socialmente, de maneira que a autoproteção, não do indivíduo, mas do corpo social poderá relativizar a liberdade individual²⁴⁰.

Com efeito, o indivíduo é socialmente limitado²⁴¹, o que acaba por dar razão aos que entendem perfeitamente plausível que uma política pública disponibilize como recurso terapêutico o tratamento compulsório dos usuários de crack em situação de rua, exigindo-se, mas não bastando, a conjugação da indicação médica e a decisão judicial determinando o tratamento.

Deve-se entender que a liberdade de alguém se estende até os limites da liberdade de outra pessoa, ou seja, a liberdade de cada indivíduo é limitada pela liberdade dos outros indivíduos. Nesse sentido, para que o Estado não venha a se impor em demasia sobre as liberdades individuais, o que poderia, em última instância, suprimi-las, faz-se necessário que ele seja organizado de forma que o governo seja democrático e representativo. Essa concepção de Mill é de grande importância para a compreensão atual de democracia²⁴².

²³⁹ MILL, John Stuart. *Sobre a Liberdade*. Trad. Alberto Rocha Barros. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1991, p. 53.

²⁴⁰ GODINHO, Eduardo. *Direito à liberdade: regra da maioria e liberdade individual*. Curitiba: Juruá, 2012, p. 106-107.

²⁴¹ TRINDADE, José Damião de Lima. *História social dos direitos humanos*. São Paulo: Petrópolis, 2002, p. 133.

²⁴² "O autor inglês, sempre que trata da liberdade individual, faz uma distinção entre duas coisas: a liberdade do indivíduo sobre si mesmo e o limite da sua liberdade em sociedade. A fim de que a liberdade do ser humano seja total sobre si mesmo, ele estabelece três princípios: a) a consciência do indivíduo deve ser livre; b) o indivíduo deve ter liberdade para ser diferente dos demais; c) deve existir liberdade de associação na sociedade. No entender do pensador, o indivíduo deve ser totalmente livre em sua consciência, ou seja, ele deve possuir total soberania sobre si mesmo, e nenhuma instância (Estado, escola, religião) deve interferir na livre consciência do cidadão. Outro direito do cidadão é ser diferente dos demais; consagrando-se aqui a importância da livre opinião e da individualidade. Por fim, Mill defende a liberdade de associação, ou seja, as pessoas devem ser livres para tomar posições comuns em conjunto. É curioso notar o quanto Mill tinha repulsas pelas idéias cristalizadas, dogmáticas e supostamente infalíveis. Por não existir ninguém absolutamente infalível é que, no entender do filósofo, nasce a possibilidade do diálogo e do confronto de diferentes

Registra-se que entre as faculdades que decorrem da liberdade, a autodeterminação²⁴³ destaca-se. Nada mais lógico, afinal de contas, não bastaria garantir a alguém tão somente a liberdade em seus aspectos físico e mental, sob uma perspectiva meramente internalizante²⁴⁴. Faz-se necessário garantir a possibilidade de exteriorizar a própria liberdade, impondo aos demais indivíduos, desde que haja compatibilidade com as normas que regem a Sociedade, a concretização da vontade e das escolhas feitas²⁴⁵.

Com efeito, aos usuários de drogas é garantida a liberdade de se autodeterminar, mas para que isso possa ocorrer, faz-se necessário que ele esteja mentalmente capacitado para tanto, o que não é possível a partir do momento em que a dependência química se torna intensa a ponto de o usuário perder o discernimento sobre a própria realidade, as consequências da droga para seu corpo e mente, não conseguindo buscar tratamento e muito menos manter a capacidade de gerir a própria vida²⁴⁶.

opiniões. Com efeito, o ser humano só pode atuar conscientemente na sociedade na medida em que ele é soberano sobre si mesmo. Não existe maturidade individual ou política quando a soberania do indivíduo não é exercida.” PAULA, Marcio Gimenes de. O estado e o indivíduo: o conceito de liberdade em John Stuart Mill. *Polymatheia – Revista de filosofia*, Fortaleza, n. 3, p. 73-84, 2007.

²⁴³ ISRAEL, Jean-Jacques. *Direito das liberdades fundamentais*. Trad. Carlos Souza. Barueri: Manole, 2005, p. 429.

²⁴⁴ A liberdade negativa existe por si mesma, estando presente sem que, em regra, nada precise ser feito para que isso ocorra, ou seja, apenas com a atuação efetiva de alguém é que ela poderá ser retirada de quem a detém. Nesse sentido, a ideia de liberdade negativa é compatível com o entendimento liberal de que o Estado não deve limitar o indivíduo, que tem a ampla liberdade de se conduzir como desejar, a não ser em situações excepcionais, previamente previstas. Enfim, a liberdade negativa se coloca como um direito de defesa em face do Estado (*abwehrrechte*), como alternativa de comportamentos que serão escolhidos pelo próprio indivíduo, podendo ser imposto, inclusive, em relação aos legisladores. CANOTILHO, J.J.Gomes. *Direito Constitucional*. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003, p. 1259-1260

²⁴⁵ [...]As pessoas têm liberdade para fazer alguma coisa quando estão livres para perseguir seus interesses morais, filosóficos ou religiosos sem restrições legais que exijam que eles se comprometam com qualquer forma particular de prática religiosa ou de outra natureza, e quando os demais têm um dever estabelecido por lei de não interferir. Um conjunto bastante intrincado de direito e deveres caracteriza qualquer liberdade básica particular. Não apenas deve ser permissível que os indivíduos façam ou não façam uma determinada coisa, mas também o governo e as outras pessoas devem ter a obrigação legal de não criar obstáculos. RAWLS, John. *Uma teoria da justiça*. Trad. Almino Pissetta; Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 219.

²⁴⁶ Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: [...]

II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade. BRASIL. Código civil: Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 6. ed. Brasília: Edições Câmara, 2014, p. 17.

Essa limitação se reflete obviamente na concepção da liberdade que alguém tem para se autodeterminar. E mais do que isso, a liberdade que alguém tem para definir como viverá, ainda que isso leve a decisões e condutas que ofendam a integridade física, mental e moral do próprio indivíduo²⁴⁷. De qualquer forma, fica claro que a liberdade não está englobada na autonomia, muito pelo contrário, a primeira é mais ampla e abarca a última. Assim, a autonomia nada mais é do que uma expressão essencial²⁴⁸ e complexa, ainda que parcial, da liberdade²⁴⁹.

Neste ponto cabe ressaltar que a autonomia privada não existe, sob a perspectiva jurídica, obviamente, sem o suporte conferido pelo ordenamento jurídico. Complementando a afirmação, não há como se falar em autonomia sem liberdade, o que leva à conclusão de que o ordenamento jurídico precisa garantir um mínimo de liberdade para as pessoas sob pena de criar obstáculo para a própria existência da autonomia privada²⁵⁰.

Não obstante isso, a cada dia ganha mais espaço o entendimento de que a autonomia por critérios meramente patrimonialista é reducionista e incompatível com uma realidade na qual a busca pela existência digna das pessoas está cada vez mais presente nos debates políticos e jurídicos. Nesse sentido, a autonomia, além do aspecto negocial, em que o indivíduo tem a liberdade de acumular riquezas e atuar em prol da circulação de bens²⁵¹,

²⁴⁷ “o princípio da autonomia privada escora-se no direito fundamental à liberdade, englobando seus mais diversos aspectos, inclusive, o de fazer escolhas no âmbito da própria vida” TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Envelhecendo com autonomia. In: *Direito Civil: atualidades II – da autonomia privada nas situações jurídicas patrimoniais e existenciais*. Belo Horizonte: Del Rey, 2007, p. 75-88.

²⁴⁸ Érico de Pina. A “autonomia” no direito privado. *Revista de direito privado*, São Paulo, n. 19, p. 83-129, jul.-set. 2004.

²⁴⁹ CANOTILHO, J.J.Gomes. *Direito Constitucional*. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003, p. 1259-1260.

²⁴⁹ RUZYK, Carlos Eduardo Pianovski. *Institutos fundamentais do direito civil e liberdade(s)*. Rio de Janeiro: GZ, 2011, p. 129.

²⁵⁰ CABRAL, Érico de Pina. A “autonomia” no direito privado. *Revista de direito privado*, São Paulo, n. 19, p. 83-129, jul.-set. 2004.

²⁵¹ “[...] a liberdade é esvaziada quando não são asseguradas as condições materiais mínimas para que as pessoas possam desfrutá-la de forma consciente. Por isso, não haverá também liberdade onde existirem miséria, fome, analfabetismo ou exclusão social em patamares eticamente inaceitáveis.” SARMENTO, Daniel Sarmento. *Direitos fundamentais e relações privadas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006, p. 154.

também estaria calcada em aspectos existencialistas, ligados à condição humana do indivíduo sob a vertente dos direitos de personalidade²⁵².

Dito isso, o ideário liberal dos Séculos XVIII e XIX, que se caracteriza, entre outro, por ser essencialmente patrimonialista, refluíu em prol de uma individualidade que não se funda apenas na acumulação material e nas relações obrigacionais, mas que valoriza a própria existência humana²⁵³. Não por outro, procurando retratar essa nova realidade, parte da doutrina passou a defender significados próprios e específicos para termos como autonomia da vontade e autonomia privada²⁵⁴.

Nesse contexto, a autonomia privada²⁵⁵ se relacionaria mais diretamente a temas de direito privado, mormente em relação ao direito obrigacional, livre iniciativa e relações patrimonialistas, ou seja, fatores externos ao homem, ainda que conexos ao seu modo vivenciar a realidade humana. Talvez por isso, mesmo sob essa vertente patrimonialista, há uma relativização da autonomia negocial em razão do interesse social, o que apenas confirma o quanto a preocupação com o ser humano e sua existência digna²⁵⁶ passou a pautar cada vez mais o Direito²⁵⁷.

²⁵² MEIRELES, Rose Melo Venceslau. *Autonomia privada e dignidade humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009, p. 88.

²⁵³ "Para discutir o conceito de autonomia privada na atualidade, sob o paradigma do direito civil-constitucional, necessário se faz um afastamento do conceito tradicional, formado nos séculos XVIII e XIX, baseado em uma liberdade individual plena e focado apenas em relações patrimonialistas." PENNA, Caitlin Samapiao Mulholland. Dignidade da pessoa humana e direito à identidade na redesignação sexual. 2010. 119 f. Tese (Mestrado) - Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Ri de Janeiro, 2010. Disponível em: < http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/18434/18434_4.PDF>. Acesso em 7 abr. 2015.

²⁵⁴ "A autonomia da vontade, a autonomia privada e a livre iniciativa são termos inspirados no valor jurídico da liberdade, refletido na manifestação da vontade individual e na possibilidade de escolha dentre várias alternativas possíveis. Entretanto, apesar de muitos autores não atentarem para a diferenciação existente entre estas expressões, é possível identificar elementos peculiares de distinção, inclusive no que diz respeito à abrangência e aplicabilidade dos conceitos." GURGEL, Fernanda Pessanha do Amaral. Autonomia da vontade, autonomia privada e livre iniciativa: uma visão sob a ótica do Código Civil de 2002. *Revista da Faculdade de Direito Padre Anchieta*, Jundiaí: Sociedade Padre Anchieta, v. 5, n. 9, p. 37-58, nov. 2004.

²⁵⁵ GURGEL, Fernanda Pessanha do Amaral. Autonomia da vontade, autonomia privada e livre iniciativa: uma visão sob a ótica do Código Civil de 2002. *Revista da Faculdade de Direito Padre Anchieta*, Jundiaí: Sociedade Padre Anchieta, v. 5, n. 9, p. 37-58, nov. 2004.

²⁵⁶ "a autonomia, enquanto forma e ato da liberdade, é a condição de possibilidade de uma existência digna e feliz. A liberdade é a maneira como o sujeito pode alcançar a realização, a felicidade, mas a efetivação da liberdade exige capacitar-se para comandar sua própria existência". RUIZ, Castor M.M. Bartolomé. A ética como prática de subjetivação: esboço de

Há aqueles que entendem que a autonomia da vontade nada mais é do que a liberdade que alguém tem para se autodeterminar, ou seja, manifestar a própria vontade de maneira livre, enquanto que a autonomia privada estaria relacionada ao poder de autorregulamentação, em que normas são estabelecidas no interesse próprio²⁵⁸.

Noutro giro, ainda há aqueles que defendem a existência de limites precisos entre autonomia privada e a autonomia da vontade, mas sob uma perspectiva diversa da mencionada acima. No caso, a autonomia privada se consubstanciaria em poder de vontade objetiva, concreta, exteriorizada e real, não se fazendo imprescindível o conhecimento sobre o conteúdo intrínseco à consciência de cada ser²⁵⁹.

No que se refere à autonomia da vontade, esta se relacionaria ao homem sob sua perspectiva interna e o modo como se coloca ante o mundo e os demais indivíduos, ou seja, uma autonomia calcada na existencialidade humana, na forma como o homem guia-se perante a vida, as decisões que toma e os caminhos que segue²⁶⁰. Por isso mesmo, estaria umbilicalmente conectada à personalidade que não apenas individualiza cada ser humano, mas da qual decorrem direitos e obrigações, estabelecendo-se limites e espaços de interação entre os indivíduos²⁶¹, em conformidade com o disposto nas normas de regência.

uma ética e estética da alteridade. In: Pergentino Stefano Pivatto (org.). *Ética: crise e perspectiva*. Porto Alegre: Edipucrs, 2004, p. 131.

²⁵⁷ A dignidade não está aprisionada nos limites do Direito, muito pelo contrário, transborda as fronteiras traçadas por aquele, existindo independentemente de normas que a regulem. Isso não impede reconhecer que o Direito é de crucial importância na proteção e promoção da dignidade da pessoa humana, coibindo violações e agressões. SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012, p.53.

²⁵⁸ CABRAL, Érico de Pina. A “autonomia” no direito privado. *Revista de direito privado*, São Paulo, n. 19, p. 83-129, jul.-set. 2004.

²⁵⁹ NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire. Da relação jurídica médico-paciente: dignidade da pessoa humana e autonomia privada. In: SÁ, Maria de Fátima (Coord.). *Biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002, p. 101-127.

²⁶⁰ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.153.

²⁶¹ “no que se refere à autonomia privada existencial, para que se garanta o livre desenvolvimento da personalidade, é fundamental que a pessoa possa escolher a forma de vida que mais lhe realize, bem como concretize o seu projeto de vida individual. Por isso, nesse campo, não se pode afirmar que a autonomia seja funcionalizada, ainda mais a interesses sociais ou coletivos. Se se pensar na funcionalização da autonomia privada existencial, a única alternativa possível é lhe atribuir uma função pessoal, individual, vinculada

No entanto, deve-se destacar que mesmo o regramento normativo que pauta o exercício da autonomia da vontade encontra limites, pois somente estaria apto a produzir seus efeitos e manter a compatibilidade com o ordenamento jurídico fundado em normas constitucionais elaboradas sob os ditames democráticos se resguardar mais do que a própria individualidade, mas, sobretudo, o substrato humanista que permeia a sociedade²⁶².

Assim como há quem defenda a diferenciação entre autonomia da vontade e autonomia privada, há também quem defenda entendimento calcado na existência de autonomia privada com duas facetas, uma com viés patrimonial e a outra com viés existencial²⁶³, de maneira que uma ou outra irá prevalecerá conforme a função ou interesse que se pretenda resguardar, o que leva a entender a autonomia privada, em tal caso, como gênero.

De qualquer forma, a verdade é que não importa qual opção adotada, mas sim o reconhecimento de que a autonomia não está limitada a questões obrigacionais, pois também abrange interesses existenciais, que não podem ser quantificados patrimonialmente, uma vez que dizem respeito aos próprios indivíduos em seus aspectos internos. Em suma, o que realmente importa é o estabelecimento de diferenciações entre autônomoas próprias ao patrimonialismo e aquelas relacionadas à existência humana, e, por consequência aos direitos de personalidade²⁶⁴, o que abre a possibilidade de se determinar qual o tratamento jurídico a ser dado caso a caso²⁶⁵.

exclusivamente à livre realização da personalidade.” TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; KONDER, Carlos Nelson P. Autonomia e solidariedade na disposição de órgãos para depois da morte. *Revista da Faculdade de Direito da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.revistadireito.uerj.br/artigos/Autonomiaesolidariedadedenadisposicaoedeorgaosparadepoisdamorte.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

²⁶² “Percebe-se que a autonomia, qualificada apenas como um produto da vontade, revelou-se uma derivação reducionista do individualismo, esquecendo o substrato humanista que lhe deveria permear e, de modo inequívoco, abrindo o flanco para as críticas mais severas por sua posição tributária aos desígnios da lei.” RODRIGUES JUNIOR, Otavio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação: notas sobre a evolução de um conceito na Modernidade e na Pós-modernidade. *Revista de informação legislativa*, Brasília, v. 41, n. 163, p. 113-130, jul./set. 2004.

²⁶³ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.146.

²⁶⁴ Já as situações jurídicas subjetivas existenciais, por serem manifestações diretas da personalidade como valor, não podem ser instrumentalizadas. Assim, no que se refere à autonomia privada existencial, para que se garanta o livre desenvolvimento da personalidade, é fundamental que a pessoa possa escolher a forma de vida que mais lhe realize, bem como concretize o seu projeto de vida individual. Por isso, nesse campo, não se pode afirmar que a

Nesse sentido, é possível concluir que a autodeterminação está ligada umbilicalmente à ideia de consentimento livre e esclarecido, não importando se o interesse é patrimonialista ou existencialista. A importância disso ao se analisar a questão das internações compulsórias de dependentes químicos em crack é inegável, pois a necessidade de consentimento prévio, o pleno conhecimento das necessidades e opções terapêuticas e a capacidade de entender e decidir são os pontos analisados a partir de uma concepção de autonomia que não se limita aos aspectos patrimoniais, ao contrário, dá ênfase à existência humana.

Enquanto as posições contrárias²⁶⁶ a essa opção de tratamento apontam, entre outros argumentos, que a internação compulsória violaria a liberdade e a autonomia do paciente para decidir o que é melhor para si, aquelas que são favoráveis²⁶⁷ ao tratamento entendem que para certos usuários de crack a dependência é tão grave que o usuário não apenas deixaria de compreender a realidade, mas também ficaria incapacitado para decidir de maneira livre, passando a existir apenas em função do consumo da substância²⁶⁸.

autonomia seja funcionalizada, ainda mais a interesses sociais ou coletivos. TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; KONDER, Carlos Nelson P. Autonomia e solidariedade na disposição de órgãos para depois da morte. *Revista da Faculdade de Direito da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 8, 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/view/1357/1145>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

²⁶⁵ Registra-se que não se estará limitando a liberdade quando a pessoa perdeu a capacidade de decidir consciente e racionalmente entre opções postas. Logo, com fulcro no entendimento defendido por Rose Melo Vencelau Meireles, a liberdade, no que se refere ao comportamento de alguém, estará resguardada se existindo a possibilidade de escolha, a pessoa puder fazê-la se assim quiser. MEIRELES, Rose Melo Venceslau. *Autonomia privada e dignidade humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009, p. 153.

²⁶⁶ A Carta Forense apresentou como matéria de capa a questão da internação compulsória de usuário de crack, apresentando uma opinião a favor e outra contrária ao tratamento. Posicionando-se em sentido contrário, a Defensora Pública do Estado de São Paulo Daniela Skromov Albuquerque apresentou entre seus argumentos a violação à dignidade e à autonomia dos usuários. ALBURQUERQUE, Daniela Skromov. Internação compulsória: posição contrária. *Carta Forense*, São Paulo, abr. 2012, p. B26.

²⁶⁷ Na mesma matéria da Carta Forense, colocando-se favorável à internação compulsória, o promotor de justiça Eduardo Del-Campo entende que a internação compulsória não somente é possível como necessária, desde que aplicada aos casos em que a o crack levou o usuário a perder o livre arbítrio e a autodeterminação. DEL-CAMPO, Eduardo. Internação compulsória: posição favorável. *Carta Forense*, São Paulo, abr. 2012, p. A26.

²⁶⁸ “Não se é livre quando se ignora; não se tem autonomia quando não se tem liberdade.” FABRIZ, Daury Cesar. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003, p. 111.

Nesses casos a internação compulsória cumpriria com exatidão o papel destinado a ela pela Lei nº 10.216/2001, pois o tratamento ministrado a partir de uma definição médica e em prol de usuário de crack sem qualquer discernimento para compreender a própria realidade e muito menos em que consiste o tratamento, não poderia depender de autorização do próprio enfermo, não por ser vedado isso a ele, mas simplesmente por está incapacitado para se autodeterminar.

3.1.2 A dignidade da pessoa humana e a autonomia privada

Outra crítica feita à internação compulsória é de que ofenderia a dignidade dos usuários de crack, uma vez que seriam obrigados contra a vontade a se submeterem a tratamento sem validade terapêutica²⁶⁹.

Inicialmente, a dignidade da pessoa humana, ao contrário do que poderia se imaginar, não é tema de ordinária compreensão. Em verdade, a dificuldade para entendê-la começa desde a formulação de um conceito que seja razoavelmente pacífico.

Pois bem. Tomando por base a lição de Eduardo Bittar²⁷⁰, verifica-se que a dignidade da pessoa humana é compreendida a partir da convergência de doutrinas diversas e concepções sobre o mundo e o homem que vem sendo gestada há longo tempo no Ocidente. Isso não significa que desse processo resultou conceito que seja imune às críticas.

Não é por outro motivo que, ante a dificuldade para formular um conceito aceitável, somado à relativa facilidade para se apontar fatos concretos em que indubitavelmente há ofensa à dignidade humana, chega-se à

²⁶⁹ COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr./jun. 2014, p. 365.

²⁷⁰ BITTAR, Eduardo Carlos Bianca. Hermenêutica e constituição: a dignidade da pessoa humana como legado à pós-modernidade. In: Agassiz Almeida Filho; Plínio Melgaré (Orgs.). *Dignidade da pessoa humana: fundamentos e critérios interpretativos*. São Paulo: Malheiros, 2010, p. 246-247.

conclusão que seria mais fácil apontar o que não é dignidade da pessoa humana do que expressar com exatidão o que ela seria²⁷¹.

Com efeito, não há grande dificuldade para se concluir que as internações compulsórias ocorridas durante atuações executadas em conjunto pelos governos municipal e estadual paulista na região da Luz por intermédio da conhecida Operação Sufoco²⁷², em 2012, ofendiam a dignidade dos usuários de crack, pois se pautaram pela repressão, com o intuito de desocupar a região, expulsando para outros locais ou internando compulsoriamente os usuários fixados na cracolândia ali existente.

Aliás, a bem da verdade, em tais casos, nem sempre haveria que se falar em internação compulsória, pois a finalidade dessa é terapêutica, constituindo-se em tratamento médico e não em medida de repressão e limpeza urbana. Na realidade, a denominação que se adequa melhor a tais casos é recolhimento compulsório²⁷³ ou abrigamento compulsório²⁷⁴. Em tais casos, são recolhidos usuários de drogas contra a própria vontade, não existindo uma verdadeira preocupação com a questão sanitária, tanto assim que não é incomum que, ao invés de serem conduzidos para unidades de saúde, ambulatorial ou hospitalar, são levados para albergues, não se

²⁷¹SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012, p.53.

²⁷²Comprovando a dificuldade para se formular um conceito sobre dignidade da pessoa humana, verifica-se, tomando-se emprestado avaliação feita por Taniele Rui sobre a “Operação Sufoco”, que a “opinião pública” mostrou-se favorável à ação policial e ao uso de “medidas de contenção forçada”, entre as quais se incluíam as internações compulsórias. Fica claro que, ou não se considerou que existiu ofensa à dignidade dos usuários, ou entendeu-se que ela poderia ser relativizada no caso de pessoas “indesejadas”. RUI, Taniele. Depois da 'Operação Sufoco': sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na 'cracolândia' paulista. *Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar*. São Paulo, v.3, n.2, p.287-310, 2013.

²⁷³“As atuais ações de ‘recolhimento compulsório’ da população em situação de rua, apresentados na mídia como usuários de crack, e a banalização das internações compulsórias ou involuntárias de crianças e adolescentes em diversas cidades brasileiras, evidenciam um grave retrocesso para as políticas públicas, tão arduamente conquistadas e que apostam na integralidade do cuidado e na intersectorialidade das ações para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para a atuação de psicólogos/os em políticas públicas de álcool e outras drogas. Brasília: CFP, 2013, p. 34.

²⁷⁴MENEZES, Joyceane Bezerra; MOTA, Maria Yannie Araújo. Os limites da política de abrigamento compulsório e a autonomia do paciente psiquiátrico usuário de drogas. *Civilista.com*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: < <http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/02/Mota-e-Menezes-civilistica.com-a.3.n.1.2014.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

oferecendo tratamento adequado, situação esse que se assemelha a um regresso ao tempo dos manicômios²⁷⁵.

No entanto, não é sempre que a atuação estatal se mostra tão clara, em que há de um lado uma força de repressão armada e preparada e do outro lado pessoas maltrapilhas, esqueléticas e mentalmente embotadas pelo uso de drogas. Logo, não é sempre que a ofensa à dignidade é tão patente. Por isso mesmo, não há como qualificar como ofensiva à dignidade dos usuários de crack uma política pública por simplesmente dispor entre seus serviços do tratamento compulsório.

Daí a necessidade de se compreender com a maior precisão possível o que é dignidade da pessoa humana, possibilitado que, abstratamente, possa ser analisada, por exemplo, se as internações compulsórias de usuários previstas no Programa Recomeço velam pela dignidades dos beneficiados ou sob o pretexto de trata-los atentam contra a dignidade deles.

A Constituição Federal vigente traz em seu primeiro capítulo a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Logo, a própria existência do país nos moldes desenhados no texto constitucional somente será possível se a proteção e o respeito à dignidade estiverem presentes em cada relação pública ou privada.

Na condição de um princípio fundamental do Estado brasileiro, conforme aponta o título I da Constituição Federal, existe independentemente de textos legais, o que é essencial para que o sistema jurídico permaneça aberto e permeável o suficiente para dar respostas adequadas a questões que tenham reflexos na existência humana²⁷⁶.

Com efeito, ao elencar a dignidade da pessoa humana como um dos princípios fundamentais do Estado brasileiro, a Constituição Federal firmou a

²⁷⁵ MENEZES, Joyceane Bezerra; MOTA, Maria Yannie Araújo. Os limites da política de abrigo compulsório e a autonomia do paciente psiquiátrico usuário de drogas. *Civilista.com*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: < <http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/02/Mota-e-Menezes-civilistica.com-a.3.n.1.2014.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

²⁷⁶ RODRIGUS, Renata de Lima. Incapacidade, curatela e autonomia privada. Estudos no marco do Estado Democrático de Direito. 2007.197f. Dissertação (Mestrado), Faculdade Mineira de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2007.

convicção de que cada vida humana é importante, mas, mais do que isso, a de que a cada homem deverá ser garantida a possibilidade de ter uma vida digna.

Obviamente, retorna-se ao questionamento inicial acerca de um conceito de dignidade da pessoa humana. Certamente a conceituação é importante, mas ainda assim não é suficiente para se chegar a um entendimento que abarque cada indivíduo e diga o que é para cada um deles uma vida digna.

De qualquer sorte, o conceito de dignidade serve como um norte abstrato, que se concretiza ao se voltar para cada pessoa. Afinal, será ela que, dotada de autonomia, poderá traçar os caminhos que deseja trilhar, dando rumo à própria vida, ainda que isso possa trazer prejuízos para a própria existência.

Pois bem, sob a perspectiva de Ingo Sarlet²⁷⁷ a dignidade da pessoa humana deve ser compreendida como uma qualidade intrínseca a cada ser humano, impondo a todos, inclusive ao Estado, o dever de respeito e a proibição de submetê-lo a tratamentos degradantes e que o avilte. Em suma, a ideia de dignidade da pessoa humana estaria necessariamente ligada a da existência digna, não apenas sob o enfoque individual, mas em relação todos. Logo, cada pessoa é determinante não apenas para a definição do próprio destino, mas também para o destino dos demais seres humanos.

Obviamente, a prevalência da condição humana como elemento central dos sistemas jurídicos é fruto de uma evolução longa, na qual a pessoa humana deixa de ser um meio para torna-se fim do Direito. Nesse processo,

²⁷⁷ O conceito de dignidade da pessoa humana é de difícil elaboração, sobretudo diante das várias dimensões que apresenta, o que torna praticamente impossível incluir em um mesmo conceito todas as informações necessárias. De qualquer forma, buscando reunir em um mesmo conceito a dupla perspectiva ontológica e instrumental, dando ênfase à faceta intersubjetiva, Ingo Wolfgang Sarlet conceitua a dignidade da pessoa humana como “qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, nesse sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.” SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. *Revista brasileira de direito constitucional – RBDC*, São Paulo, n.9, p.361-388, jan./jun. 2007.

Kant²⁷⁸ assume grande destaque ao diferenciar coisas e pessoas, em que estas últimas, pela condição de seres racionais, não apresentariam como aquelas primeiras valor determinado, consubstanciado em um preço, mas sim se caracterizariam pela dignidade que lhes é inerente.

Com isso, diferentes que são os homens entre si e não podendo ser confundidos com coisas, impõe-se a eles a ideia de dignidade, em que o consentimento e a vontade²⁷⁹ de cada indivíduo encontram limites nas leis, frutos da racionalidade humana, e que deverão necessariamente ser chanceladas por cada pessoa, sob pena de não assumirem a condição de leis comuns a todos²⁸⁰.

Essa diferenciação mostra-se importante na discussão sobre a compatibilidade da internação compulsória com a dignidade da pessoa humana. No exemplo relacionado à “Operação Sufoco”, fica nítido que houve uma coisificação dos usuários instalados na crackolândia da Luz, que passaram a ser vistos como obstáculos a serem removidos, seja pela retirada forçada do local, seja pela utilização da internação compulsória de maneira desvirtuada, perdendo seu caráter terapêutico para assumir viés punitivo ou de mero recolhimento compulsório.

Nesse sentido, é possível apontar como ponto inicial para qualquer política pública o respeito à dignidade da pessoa humana. Para que isso ocorra, os atores responsáveis pela elaboração e implementação da política pública precisam compreender os usuários de crack e outras drogas em situação de rua como seres humanos, que na condição de seres racionais e com suas individualidades que os diferenciam, devem ter resguardado, do

²⁷⁸ KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2005, p. 67/68.

²⁷⁹ “O princípio da autonomia justifica-se como princípio democrático, no qual a vontade e o consentimento livres do indivíduo devem constar como fatores preponderantes, visto que tais elementos ligam-se diretamente ao princípio da dignidade humana.” FABRIZ, Daury Cesar. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003, p. 109.

²⁸⁰ KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2005, p. 77.

nascimento à morte, o direito de terem uma existência digna, na qual a vontade deles determinará como viverão²⁸¹.

Obviamente, nem sempre a decisão tomada pelo usuário será no sentido da autopreservação, podendo de maneira consciente optar por conduzir sua vida de maneira destrutiva e prejudicial à própria saúde. Assim, sendo pessoa plenamente capaz e cuidando em preservar os direitos de terceiros, nada poderia ser feito, sob pena de se ofender a autonomia privada²⁸². No entanto, essa liberdade não é absoluta, limitada pelo entendimento de que a dignidade da pessoa humana prevalece em relação à autonomia da vontade, não sendo aceitável que alguém a pretexto de poder viver como bem entender, proceda de maneira a violar a própria dignidade²⁸³.

Nesse sentido, a dignidade da pessoa humana delimita para cada indivíduo um espaço autônomo ao qual caberá ao Estado não apenas respeitar, mas criar as condições necessárias para sua proteção. Consequentemente, não sendo absoluta a autonomia, impõe-se certas condições para o seu exercício, entre as quais se destacam o respeito às normas e a capacidade psicofísica²⁸⁴ para formular as próprias decisões e executá-las.

²⁸¹ Segundo Dalmo de Abreu Dallari, “para que um ser humano tenha direitos e para que possa exercer esses direitos, é indispensável que seja reconhecido e tratado como pessoa. Isso deve acontecer com todos os seres humanos.

Reconhecer e tratar alguém como pessoa é respeitar sua vida, mas exige-se que também seja respeitada a dignidade, própria de todos os seres humanos.” DALLARI, Dalmo de Abreu. *Direitos humanos e cidadania*. 2. ed., São Paulo: Moderna, 2004, p. 37

²⁸² Joaquim Barbosa cita o exemplo do jogo conhecido como “arremesso de anão”, que consistia na transformação de uma pessoa de pequena estatura em projétil a ser jogado de um lado para o outro pela plateia de uma casa noturna. Diante da situação, o prefeito da localidade em que ocorreria o espetáculo proibiu a brincadeira, decisão essa que foi questionada não apenas pela empresa responsável, mas pelo próprio anão. De qualquer forma, ainda que tenha logrado êxito no Tribunal Administrativo de Versailles, a decisão acabou reformada pelo Conselho de Estado, órgão de cúpula da jurisdição administrativa, que entendeu que haveria ofensa à dignidade do próprio anão. GOMES, Joaquim B. Barbosa. *O poder de polícia e o princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência francesa*. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/o-poder-de-policia-e-o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-na-jurisprudencia-francesa>>. Acesso: 29 ago. 015.

²⁸³ Em sentido oposto, há quem entenda que a proteção à dignidade da pessoa humana é de tamanha importância, que, ante os direitos de personalidade, a própria autonomia privada deverá ser colocada de lado para garantir que alguém seja protegido de si mesmo NOBRE JÚNIOR, Edilson Pereira. O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. *Revista dos Tribunais*, v. 777, p. 478-480, jul. 2000.

²⁸⁴ BODIN DE MORAES, Maria Celina. O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). *Constituição, direitos fundamentais e direitos privados*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006, p. 105-147.

É necessário frisar que há uma correlação a partir da qual a dignidade da pessoa humana respalda os direitos de personalidades, destacando-se deste último o direito à autodeterminação²⁸⁵. No entanto, não é correto concluir que a pessoa que não apresenta condições para se autodeterminar não tem respeitada sua dignidade.

Essa situação ocorre em alguns casos de dependência química em drogas, entre as quais o crack, em que o usuário torna-se incapaz de fato e, por consequência, deixa de reunir condições para se autodeterminar, mas ainda assim mantendo alguns dos direitos de personalidade, além de ter sua dignidade resguardada.

3.2 Autonomia privada e direito da personalidade

Não há que se falar em internação compulsória de pessoas capazes, afinal, o tratamento em questão aplica-se àquelas pessoas que perderam por completo o discernimento sobre a própria realidade que vivenciam e a capacidade de autodeterminar-se, o que as impede de tomarem decisões, inclusive em relação ao próprio tratamento. Ademais, caso a incapacidade fosse relativa, a decisão seria do próprio dependente, ainda que assistido por terceiro, não havendo que se falar em internação compulsória, mas em internação voluntária.

Nesse sentido, faz-se importante analisar não apenas a capacidade das pessoas, mas os próprios direitos de personalidades. Aliás, ressalta-se que estes, por estarem conectados ao princípio da dignidade humana, são inatos, não podendo ser renunciados ou transmitidos. Assim, nada mais lógico do que a correlação existente entre os direitos de personalidade e a autonomia privada, pois o exercício de tais direitos estará sujeito ao modo como a pessoa dirige a própria vida e como se autodetermina.

²⁸⁵ MENEZES, Joyceane Bezerra de. Personalidade, autonomia e saúde mental: o controle das internações psiquiátricas involuntárias no Estado do Ceará. In: RODRIGUES, José Rodrigo (Org.). *Pensar o Brasil: problemas nacionais à luz do direito*. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 175-210.

3.2.1 O direito de personalidade em face dos usuários de drogas

A liberdade de escolha sobre o que é melhor ou não para alguém se constitui em processo decisório essencialmente relacionado com a autonomia da vontade e, conseqüentemente, aos direitos de personalidade.

Tais direitos acompanham a pessoa humana durante toda sua vida, mas desde a concepção já passam a merecer proteção legal, conforme dispõe o art. 2º do Código Civil²⁸⁶. No entanto, há opiniões divergentes acerca da imprescindibilidade, ou não, desses direitos estarem previstos em lei.

Aqueles que defendem que não há essa exigência, como Caio Mário da Silva Pereira²⁸⁷, entendem que os direitos de personalidade não apenas são independentes de lei como são até mesmo anteriores à própria existência de normas positivadas. Assim, sob essa perspectiva jusnaturalista os direitos de personalidade seriam inerentes à própria condição humana, relacionando-se diretamente com valores fundamentais, necessários para que alguém tenha uma vida digna. Nesse contexto, existiriam desde o surgimento dos primeiros seres humanos, não havendo, portanto, necessidade de reconhecimento pela ordem jurídica positiva.

Em sentido oposto, nomes como Gustavo Tepedino²⁸⁸ e Cristiano Chaves²⁸⁹ entendem que esses direitos são frutos do sistema jurídico vigente, estando calcados, por isso, na norma positiva. Logo, esses direitos não existiriam por si próprios, mas decorreriam da atuação estatal, que ao exercer

²⁸⁶ “Art. 2º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.” BRASIL. Código civil: Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 6. ed. Brasília: Edições Câmara, 2014, p. 17.

²⁸⁷ Caio Mário da Silva Pereira defende “que a origem remota dos direitos da personalidade assenta no direito natural” e que “os direitos da personalidade, como categoria, são considerados como inerentes à pessoa humana, independentemente de seu reconhecimento pela ordem positiva”. SILVA PEREIRA, Caio Mário da. *Direito Civil: alguns aspectos de sua evolução*. Rio de Janeiro: Forense, 2001. p. 23-25.

²⁸⁸ TEPEDINO, Gustavo. A tutela da personalidade no ordenamento civil-constitucional brasileiro. In: _____. *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004, p. 44.

²⁸⁹ “Assiste razão aos positivistas, que vislumbram a fonte precípua dos direitos de personalidade no próprio ordenamento jurídico”. FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. *Direito Civil: teoria geral*. 6. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 110.

a função legislativa que lhe é inerente produziria normas, algumas delas relacionadas aos direitos de personalidade²⁹⁰.

Esse último entendimento é importante por levar à conclusão de que os direitos de personalidade são frutos da sociedade, não havendo sentido em sua existência quando o indivíduo se encontra desconectado dos outros. Por isso, o fato de os direitos de personalidade, em muitos casos, aparentarem existir desde sempre, isto é, antes mesmo de os homens terem estabelecidos sistemas jurídicos, decorreria do fato de que alguns desses direitos, com o passar do tempo, tornaram-se consenso na sociedade, moldando-a e tornando-se elemento integrante de sua própria identidade²⁹¹.

De mais a mais, não haveria como se justificar a existência dos direitos de personalidade como se fossem inatos aos seres humanos quando se percebe a grande variedade de costumes em relação aos povos de culturas diferentes. Deve ser salientado que os direitos de personalidades são ditados a partir de fatores culturais, espaciais e históricos, que aceitos passam a constituir o conjunto normativo de uma sociedade. Nesse contexto, o ordenamento jurídico-positivo apenas irá chancelá-los²⁹².

De qualquer sorte, diante de sua importância dentro da sociedade, com o decorrer do tempo, os direitos de personalidade passaram a ter respaldo constitucional, o que de certa maneira é natural e esperado, afinal, fundamentados no princípio da dignidade humana, estão diretamente relacionados com a cláusula geral de proteção da pessoa humana²⁹³. No

²⁹⁰“Os direitos da personalidade, como direitos subjetivos, conferem ao seu titular o poder de agir na defesa dos bens ou valores essenciais da personalidade, que compreendem, no seu aspecto físico o direito à vida e ao próprio corpo, no aspecto intelectual o direito à liberdade de pensamento, direito de autor e de inventor, e no aspecto moral o direito à liberdade, à honra, ao recato, ao segredo, à imagem, à identidade e ainda, o direito de exigir de terceiros o respeito a esses direitos.” AMARAL, Francisco. *Direito Civil: Introdução*. 3. ed. São Paulo: Renovar, 2000, p. 246.

²⁹¹GOMES, José Jairo. *Direito Civil: Introdução e parte geral*. Belo Horizonte: Del Rey, 2006, p. 184.

²⁹²ROCHA, João Carlos de Carvalho. HENRIQUES FILHO, Tarcísio Humberto Parreiras. CAZETTA, Ubiratan (coords.). *Direitos humanos: desafios humanitários contemporâneos*. Belo Horizonte: Del Rey, 2008, p. 172.

²⁹³“274 – Art. 11. Os direitos da personalidade, regulados de maneira não-exaustiva pelo Código Civil, são expressões da cláusula geral de tutela da pessoa humana, contida no art. 1º, III, da Constituição (princípio da dignidade da pessoa humana).” JORNADA DE DIREITO CIVIL, 4., 2006, Brasília. Enunciados aprovados: enunciados n. 274. Brasília: Conselho da Justiça Federal, 2006.

decorrer do texto constitucional é possível extrair vários direitos de personalidade, desde os relacionados à disposição do próprio corpo até aqueles com cunho patrimonial.

Nesse sentido, adotada a divisão feita por Carlos Alberto Bittar²⁹⁴, ao se decompor os direitos de personalidade a partir dos atributos que demandam proteção, depreende-se que eles se dividiriam a partir de aspectos físicos, psíquicos e morais²⁹⁵. Ainda de acordo como Bittar, os direitos físicos estariam relacionados com os “componentes materiais da estrutura humana (integridade corporal, compreendendo: o corpo, como um todo; os órgãos; os membros; a imagem, ou efígie)”. Os direitos psíquicos velariam intimidade e pela integridade psíquica da pessoa. Por fim, os direitos morais objetivariam resguardar os atributos relacionados às virtudes pessoais ou o patrimônio moral, dos quais se destacam a honra e as manifestações intelectuais²⁹⁶.

Diante da ampla gama de direitos decorrentes desses três aspectos da personalidade humana, parece razoável entender que os direitos de personalidade estariam limitados ao texto constitucional²⁹⁷. Não estão. A presença deles pode ser detectada em variado número de diplomas normativos, destacando-se, pela importância, o Código Civil brasileiro.

²⁹⁴ De acordo com o autor, os direitos físicos estariam relacionados “componentes materiais da estrutura humana (a integridade corporal, compreendendo: o corpo, como um todo; os órgãos; os membros; a imagem, ou efígie)”. Os direitos psíquicos buscaria resguardar a integridade psíquica da pessoa, ou seja, velando pela liberdade, intimidade entre outros. Por fim, os direitos morais velariam pelos atributos inerentes às virtudes pessoais ou patrimônio moral, tais como “a identidade; a honra; as manifestações do intelecto”. BITTAR, Carlos Alberto. *Os direitos da personalidade*. 7. ed. rev. e atual. por Eduardo C. B. Bittar. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 17.

²⁹⁵ Francisco Amaral também optou por uma classificação tripartida, tomando por base os aspectos fundamentais da personalidade que são tutelados juridicamente. Para ele, os direitos de personalidade são divididos em físicos, intelectuais e morais. AMARAL, Francisco. *Direito civil: introdução*. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 260.

²⁹⁶ Trilhando o mesmo caminho de Francisco Amaral, Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald argumentam que “a classificação deve ter em conta os aspectos fundamentais da personalidade que são: integridade física (direito à vida, direito ao corpo, direito à saúde ou inteireza corporal, direito ao cadáver...), a integridade intelectual (direito à autoria científica ou literária, à liberdade religiosa e de expressão, dentre outras manifestações do intelecto) e a integridade moral ou psíquica (direito à privacidade, ao nome, à imagem, etc)”. FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. *Direito Civil: teoria geral*. 6. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 115.

²⁹⁷ “Além do previsto no art. 1.º, III, é no art. 5.º que se encontram arrolados alguns direitos de personalidade, particularmente no caput e nos quinze primeiros incisos, que arrolam, entre outros, os direitos à vida, liberdade de expressão, autonomias religiosas, ética e política, privacidade, intimidade, honra e imagem.” LIXINSKI, Lucas. Considerações acerca da inserção dos direitos de personalidade no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista de direito privado*, São Paulo, n. 27, p. 201-222, jul.-set. 2006.

O Código Civil brasileiro, mais precisamente nos artigos 11 a 21, traz elenco representativo de direitos de personalidade. Isso não significa que todos os direitos de personalidade presentes no referido diploma normativo estão contidos apenas nos artigos mencionados. Ao contrário, ainda que esses artigos relacionem vários e importantes direitos de personalidade, muitos outros estão elencados no decorrer do Código Civil.

E mais, este diploma fixa parâmetros que servirão de balizamento para a interpretação de todos os direitos de personalidade. Entre os quais, destaca-se a previsão de que os direitos da personalidade não são transmissíveis ou passíveis de renúncia, assim como não podem sofrer limitação voluntária em seu exercício, a não ser que a lei excepcione²⁹⁸.

Falar em direito de personalidade é falar em escolhas, que poderão se mostrar favoráveis ou desfavoráveis aos interesses de quem exerce. Neste contexto, a autonomia surge como a possibilidade que alguém tem de ditar o próprio destino e gerir a própria vida, o que poderá leva-lo a resultados que poderão lhes ser desfavoráveis ou favoráveis.

De fato os direitos de personalidade abrangem variados aspectos da existência humana, mas aqueles que visam resguardar corpo e mente do indivíduo são especialmente importantes quando se coloca em discussão a possibilidade de alguém negar, ou não, submeter-se a algum tratamento médico, ainda que essa pessoa seja usuária de drogas ilícitas²⁹⁹.

²⁹⁸ “Art. 11. Com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária.” BRASIL. Código civil: Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 6. ed. Brasília: Edições Câmara, 2014, p. 17.

²⁹⁹ É regra geral dos direitos da personalidade que eles não comportam limitação voluntária, isto é, a autonomia privada cede lugar aos preceitos jurídicos, aos bons costumes e à ordem pública. Toda ofensa a integridade física, dentro da capacidade de consentir que possa ferir a lei, os bons costumes e a ordem pública, é proibida. GOGLIANO, Daisy. Autonomia, bioética e direitos da personalidade. *Revista de direito sanitário*, São Paulo, v. 1, n.1, p. 117, nov. 2000.

3.2.2 Concretização do direito da personalidade

Ponto relevante em relação às internações compulsórias é que não são aplicáveis aos usuários que são capazes e, por isso, podem se autodeterminarem. Nesses casos, qualquer tratamento que se faça necessário deverá ter o aval do beneficiário, por isso, caso algum usuário de droga concorde com a internação, não será caso de internação compulsória, mas voluntária.

Daí a importância sobre a autonomia da vontade e a capacidade de fato, pois existindo ambos, não será possível determinar a internação compulsória do usuário, sob pena de flagrante ilegalidade. Com efeito, registra-se que a autonomia da vontade possibilita que alguém não apenas selecione o direito de personalidade aplicável, mas que possa desenvolvê-lo em conformidade com a situação posta, assumindo nesse sentido papel dirigente e determinante para que o direito seja concretizado³⁰⁰.

Bastante relevante para o exercício de alguns direitos de personalidades e sua concretização sob a perspectiva da autonomia é a questão da capacidade. Em primeiro lugar, deve ficar claro que personalidade e capacidade não são sinônimos, por isso, não poderão ser confundidos e tratados com se fosse uma só coisa. Confusão, aliás, que chegou a existir na doutrina do início do século anterior, conforme informa Francisco Amaral³⁰¹.

Amaral³⁰² defende entendimento no qual a personalidade é inerente à própria condição humana, enquanto que a capacidade busca a concretização, não podendo se falar em variações que possam levar a um entendimento sobre existência de mais ou menos personalidade, mas, em sentido diametralmente oposto, pode se falar em variação acerca da capacidade. Nesse desiderato, as

³⁰⁰ MEIRELES, Rose Melo Venceslau. *Autonomia privada e dignidade humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009, introdução.

³⁰¹ De acordo com o autor, após parabenizar o legislador do Código Civil por não confundir personalidade e capacidade, “no início do século, achávamos que personalidade era sinônimo de capacidade. Depois, graças à reflexão e à influência de nova doutrina, chegou-se a conclusão de que a personalidade é ínsita à natureza humana, e a capacidade a sua concretização. “AMARAL, Francisco. Parte geral do código civil. In: *Seminário novo código civil brasileiro: o que muda na vida do cidadão*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003, p. 202.

³⁰² AMARAL, Francisco. Parte geral do código civil. In: *Seminário novo código civil brasileiro: o que muda na vida do cidadão*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003, p. 202-203.

peças, e por consequência a personalidade, não surgem em razão do Direito, mas este apenas garante as condições de exercício da capacidade.

Em suma, direitos de personalidade e capacidade não devem ser confundidos, pois são conceitos jurídicos diversos³⁰³. A personalidade torna-se direito intrínseco à pessoa a partir de seu nascimento com vida. O mesmo não pode ser dito em relação à capacidade, pois, ordinariamente, apenas com dezesseis anos de idade é que alguém deixa de ser absolutamente incapaz³⁰⁴, podendo gerir a própria vida, contando com a necessária assistência de um responsável até os dezoito anos. Superada essa idade e não havendo nenhum impedimento legal, aí sim poderá gerir a própria vida com ampla liberdade.

Outra diferença marcante entre direito de personalidade e capacidade é que o primeiro surge a partir do nascimento com vida e se extingue com a morte da pessoa³⁰⁵, ou seja, acompanha seu titular durante toda a sua existência. A capacidade, além da questão etária acima apontada, também poderá deixar de existir para aqueles casos em que alguém perde as condições necessárias para reger a própria vida, isso poderá ocorrer em relação a pessoas alienadas mentais ou quando o vício em drogas for tão intenso e incontrolável que os usuários percam por completo a condição de decidir o próprio destino.

³⁰³ A capacidade divide-se em capacidade de direito e de fato ou exercício. Tal qual o direito de personalidade, a capacidade de direito é inerente a toda pessoa, enquanto que a capacidade de fato, em regra, só é adquirida a partir dos 18 anos de idade. Nesse sentido, Nelson Nery aponta o seguinte:

“2. Capacidade de direito. Toda pessoa tem capacidade de direito, isto é, capacidade de adquirir direitos e de contrair obrigações. Por exemplo, menor com cinco anos de idade pode ser proprietário de imóvel, ser titular de direito de pensão alimentícia, contrair empréstimos etc.

3. Capacidade de exercício. Só têm capacidade de exercício, isto é, capacidade para praticar validamente atos da vida civil, os maiores de dezoito anos. Os menores relativamente incapazes podem praticar atos, desde que assistidos ou representados.” NERY JÚNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade. *Código civil anotado e legislação extravagante*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 145.

³⁰⁴ “Antecipa-se a plena capacidade civil da pessoa humana, dos atuais 21 anos para 18 anos de idade. [...] Sob essa mesma ótica da antecipação da capacidade, reduz-se para 16 anos de idade o limite para emancipação dos filhos por outorga paterna (art. 5º, parágrafo único, inciso I), e iguala-se também em 16 anos a idade do homem e da mulher para fins de capacitação nupcial (artigo 1.517 do novo CC).” OLIVEIRA, Euclides Benedito de. Direito de família no novo código civil. In: *Seminário novo código civil brasileiro: o que muda na vida do cidadão*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003, p. 168.

³⁰⁵ “Inicia-se com o nascimento com vida e termina com a morte da pessoa natural (C.C 6º). O nascimento com vida caracteriza-se pelo ato de o nascituro respirar. A personalidade é inerência do homem. Personalidade é atributo da dignidade do homem.” NERY JÚNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade. *Código civil anotado e legislação extravagante*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 146.

Nessa linha de pensamento, ante a necessidade de analisar e ter que proferir alguma decisão acerca de questões existenciais, é imprescindível para a pessoa a quem coube a incumbência de apontar as respostas, ter suficiente discernimento sobre a questão posta, o que somente é possível se for garantida a liberdade não apenas de ter acesso amplo às informações relacionadas ao problema, mas, sobretudo, de compreender os dados colhidos e, com base neles, proferir a resposta desejada.

Consequentemente, não há como se falar em discernimento e conhecimento suficiente que permitam a compreensão do problema e a elaboração de resposta adequada sem antes se falar em capacidade civil. Não havendo esta, não há como se falar em liberdade para se autodeterminar.

Em outras palavras, para a melhor garantia dos direitos de personalidade, antes deverá se verificar se o titular é detentor ou não de capacidade plena. Caso a resposta seja positiva, apenas a ele caberá pautar as próprias condutas. Na eventualidade da incapacidade ser relativa, o próprio interessada poderá tomar suas decisões, algumas delas inclusive sem a necessidade de ser assistido por outra pessoa, plenamente capaz³⁰⁶. No entanto, caso a incapacidade seja absoluta, ainda que o direito de personalidade a ser protegido diga respeito ao incapaz, este não poderá decidir o próprio destino, cabendo a um terceiro tomar as decisões que entenda necessárias.

Ponto importante é que toda e qualquer pessoa é possuidor de capacidade de direito e obrigações, mas o mesmo não pode ser dito sobre a possibilidade de exercer direitos. Melhor explicando, a capacidade é dividida em capacidade de direito³⁰⁷ e capacidade de fato. A primeira acompanha toda e qualquer pessoa desde o nascimento até a morte, tanto assim que não existe uma pretensa incapacidade de direito. Em relação a segunda, no caso, a capacidade de fato, esta é compreendida como a aptidão para exercer por si

³⁰⁶ “Os maiores de 16 anos e menores de 18 anos já possuem certo grau de maturidade. São, por isso, considerados relativamente incapazes. Embora a lei não lhes permita praticar validamente a totalidade dos atos da vida civil, já lhes reconhece discernimento suficiente para alguns”. AMARAL, Francisco. *Direito civil: introdução*. 8. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2014. p. 286.

³⁰⁷ “Art. 1º Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.” BRASIL. Código civil: Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 6. ed. Brasília: Edições Câmara, 2014, p. 17.

mesmo os direitos, ou seja, daí também ser chamada de capacidade de exercício ou de ação³⁰⁸.

O regramento acerca da capacidade civil encontra-se no Código Civil, que em seus artigos 3º e 4º dispõe, respectivamente, sobre a incapacidade absoluta e a incapacidade relativa. Em relação à incapacidade relativa não há dúvida de que qualquer decisão será tomada pelo próprio titular do direito, que apenas precisará contar com alguém para assisti-lo. O mesmo não pode ser dito sobre a incapacidade absoluta, que impõe que a decisão sobre os direitos pertencentes a alguém seja tomada por outrem³⁰⁹.

A incapacidade absoluta restringe legal ou judicialmente o exercício da vida civil pelo próprio titular, o que acaba por refletir na autonomia da pessoa para decidir como irá direcionar sua vida e o que deseja para si. Nada mais lógico, afinal, se alguém não reúne condições para saber o que é certo e o que é errado, ou para determina-se de maneira livre e independente, não há como se resguardar para a pessoa absolutamente incapaz a possibilidade de se autodeterminar.

Portanto, ainda que alguém detenha os direitos de personalidade e seja capaz de direito, ao perder por completo sua capacidade de fato, também

³⁰⁸ “a capacidade de fato é a aptidão da pessoa para exercer por si mesma os atos da vida civil. Essa aptidão requer certas qualidades, sem as quais a pessoa não terá plena capacidade de fato.

[...]

Assim, nesse diapasão, distingue-se a capacidade de gozo, que todo ser humano possui, da capacidade de exercício ou capacidade de fato, que é a aptidão de exercer pessoalmente os atos da vida civil, a qual pode sofrer restrições, por várias razões. Destarte, as incapacidades reguladas no ordenamento são apenas as de exercício ou de fato, pois a capacidade de gozo é atribuída a todo ser humano.” VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito Civil: parte geral*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 139.

³⁰⁹ “Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I - os menores de dezesseis anos;

II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.” BRASIL. Código civil: Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 6. ed. Brasília: Edições Câmara, 2014, p. 17.

deixará de reunir as condições necessárias para se autodeterminar, de maneira que caberá a outra pessoa tomar as decisões necessárias em nome do incapaz, devendo isso ser visto como uma forma de proteção³¹⁰.

3.3 A autodeterminação sob a perspectiva bioética

Respeitadas as formalidades legais necessárias e os objetivos terapêuticos que fundamentam sua existência, a internação compulsória se constitui em tratamento médico que poderá ser perfeitamente aplicado aos casos para os quais é indicada como a melhor solução.

Neste contexto, atentando-se para o fato de que a dependência química de crack ou de outras drogas é uma doença biopsicossocial complexa e com dimensões variadas³¹¹, que poderá levar o usuário a apresentar quadros diversos de enfermidades mentais e comportamentais³¹², é possível que certos casos tenham como indicação de tratamento a internação compulsória.

A conclusão que se pode extrair é que o usuário de crack submetido a tratamento compulsório ou qualquer outro tratamento médico, assume não apenas a condição de paciente, mas a ele é garantida toda a proteção que é dada a este, entre as quais o dever do profissional de saúde responsável

³¹⁰ ARAÚJO, Ana Laura Vallarelli Gutierrez. Biodireito constitucional: uma introdução. In: GARCIA, Maria; GAMBA, Juliane Caravieri; MONTAL, Zelia Cardoso (coords.). *Biodireito constitucional*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p. 291-329.

³¹¹ Em virtude de ser um problema bastante complexo, no qual estão envolvidas várias dimensões, deve-se entender a dependência química como sendo uma doença biopsicossocial. SOUSA, Patrícia Fonseca et al. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. *Temas em psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 259-268, jun. 2013.

³¹² A Classificação Internacional das Doenças elaborada pela Organização Mundial de Saúde elenca a dependência química como transtorno mental e comportamental, cujo código é CID 10-F19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas). *CID-10*. 10. ed., São Paulo: USP, 2007, p. 48

orientá-lo a respeito de seu quadro médico e das opções terapêuticas, logicamente, dentro das possibilidades inerentes a quem a mente comprometida pelo uso de drogas.

3.3.1 Consentimento informado como direito de todo paciente

Quando se discute a questão do tratamento médico necessário para resguardar a saúde de alguém, entre os quais os dependentes químicos, dois cenários se destacam. O primeiro diz respeito àqueles casos em que a pessoa é dotada de plena consciência sobre seu quadro médico e é capaz de decidir se deseja, ou não, passar por algum tratamento médico, ainda que a decisão leve a riscos de prejuízos para a própria saúde. Em outro extremo, temos os indivíduos que não reúnem condições físicas ou mentais para decidirem se aceitam ou não algum tratamento médico.

Parte-se, de pronto, da ideia que toda pessoa tem a capacidade para analisar, questionar e, por fim, decidir o que melhor para si ou o que simplesmente deseja. No entanto, não basta apenas que alguém tenha capacidade física e mental para que seja possível escolher a alternativa que entenda ser a mais adequada.

Para que isso seja possível, com fundamento em princípios da bioética³¹³, é imprescindível que sejam prestadas todas as informações necessárias ao paciente, não somente sobre seu quadro de saúde, mas especialmente em relação aos procedimentos e opções médicas aplicáveis³¹⁴. Do contrário, não havendo o conhecimento de seu real quadro médico e não compreendendo o sentido e utilidade dos tratamentos que precisarão ser

³¹³ Os princípios da bioética variam de acordo como a realidade é interpretada. Assim, para a bioética laica são definidos princípios que não são necessariamente iguais ao da bioética religiosa. Daury Cesar Fabríz entende que a bioética laica, que servirá de parâmetro para a presente análise, é estabelecida a partir de três critérios principiológicos (trindade bioética): beneficência, autonomia e a justiça. FABRIZ, Daury Cesar. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003, p. 106.

³¹⁴ Nos últimos anos os atendimentos em saúde mental deslocaram-se do regime hospitalocêntrico para os atendimentos ambulatoriais e extra-hospitalares, porém há situações específicas em que a hospitalização se faz necessária. Nesse sentido, a legislação específica que a internação hospitalar deve ser autorizada pelo paciente, por meio de um consentimento livre e esclarecido, quando este for capaz de julgar e decidir sobre tal procedimento. GOGLIANO, Daisy. Autonomia, bioética e direitos da personalidade. *Revista de direito sanitário*, São Paulo, v. 1, n.1, p. 107-127, nov. 2000.

ministrados, não é possível afirmar que o paciente tem a plena consciência das consequências a que está sujeito. Essa falta de conhecimento suficiente para uma decisão consciente compromete o processo decisório

A decisão deverá ser fruto de racionalidade embasada em elementos concretos, precisos e verdadeiros, especialmente quando a opção escolhida for pela não realização do tratamento médico, com a consequência inexorável da piora na saúde do indivíduo³¹⁵.

A conjugação de uma decisão fundada em conhecimento prévio e exaustivo de todos os fatos e opções inerentes a um quadro médico está diretamente relacionado ao conceito de consentimento informado³¹⁶.

O consentimento informado³¹⁷ tem origem nos Estados Unidos, no ano de 1948³¹⁸, constituindo-se em elemento essencial na ética dos profissionais de

³¹⁵ GOGLIANO, Daisy. Autonomia, bioética e direitos da personalidade. *Revista de direito sanitário*, São Paulo, v. 1, n.1, p. 107-127, nov. 2000.

³¹⁶ De acordo com a definição de Marilise Kostelnaki Baú, “o consentimento informado é a decisão voluntária de pessoa autônoma e capaz após um processo informativo e deliberativo visando à aceitação de um tratamento médico ou experimentação terapêutica, determinados ou específicos, após saber de suas consequências e riscos. Indispensável para a validade é que a pessoa seja autônoma e capaz.” BAÚ, Marilise Kostelnaki. Capacidade jurídica e consentimento informado. *Revista bioética*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 285-292, 2000.

³¹⁷ “O consentimento esclarecido é considerado um ato jurídico voluntário, personalíssimo e unilateral e, portanto, deve possuir como elementos:

I. Capacidade para consentir. A pessoa deve ser juridicamente capaz de assumir livremente deveres e obrigações. A capacidade é condição personalíssima indispensável para qualquer ato da vida civil. O indivíduo deve ser capaz de tomar decisões independentes e racionais, podendo assumir as consequências e os efeitos que desse ato possam advir, para que as suas decisões possam ser consideradas éticas e juridicamente válidas. É seu direito também a recusa em receber a informação por ansiedade, por confiar no médico, ou simplesmente por não lhe interessar.

II. Voluntariedade. É o consentimento livre de qualquer vício, estimulando-se o paciente a tirar suas dúvidas, expor seus temores, anseios e expectativas.

III. Autorização (ativa) ou Consentimento. É a tomada da decisão propriamente dita. Pode ser escrita ou oral, sendo aquela forma considerada a mais indicada e a mais segura juridicamente.

IV. Informação prévia, clara, aproximativa da realidade, honesta e adequada à compreensão e ao estado emocional do interlocutor. É a informação dialogada e o mais próxima possível da completude e da verdade sobre objetivos, riscos, benefícios, probabilidades de sucesso, métodos, técnicas, duração, etc., de procedimentos que afetarão a saúde ou a integridade física ou psíquica da pessoa. Para que seja possível a compreensão pelo paciente ou seu responsável é preciso que o médico tenha sensibilidade suficiente para saber que tipo de linguagem empregar, não podendo induzir a tomada da decisão, nem prometer vantagens econômicas.

V. Termo de consentimento: o termo de consentimento informado é a materialização de todo o processo de informação, é o ato derradeiro e não se confunde com o contrato de prestação de serviços biomédicos. O termo em uma visão mais simplista é mera autorização esclarecida e consciente para a realização do procedimento investigativo, diagnóstico, terapêutico ou de levantamento e coleta de dados.” SCHAEFER, Fernanda. A nova concepção do

saúde, sobretudo os médicos³¹⁹. Atualmente, de acordo com Joaquim Clotet³²⁰, é bastante comum sua presença em códigos e na bibliografia médica, porém, no dia a dia, na prática cotidiana da medicina, seu uso não se mostra um hábito, contribuindo para isso, pelo menos para parte da população brasileira, destacando-se muitos dos usuários de crack, que, conforme perfil traçado no primeiro capítulo do presente trabalho, enquadram-se entre aqueles que apresentam maior desnível cultural, social e de conhecimento científico na relação médico e paciente.

No entanto, as diferenças culturais e de educação não são motivos suficientes para privar o paciente, principal interessado na própria saúde e nos tratamentos necessários e disponíveis para recuperá-la ou mantê-la, sobre a sua realidade e as consequências possíveis. Não é aceitável que o profissional de saúde se utilize de discurso hermético³²¹ que impossibilite a compreensão do paciente.

Na lição de José Roberto Goldim³²², cabe ao profissional de saúde se adequar, passando a utilizar termos e palavras com o significado próprio aos leigos. Caso faça uso de expressões e palavras que passaram a ter significados próprios na linguagem profissional médica ou precise se valer de termos técnicos, é necessário que seja feito o esclarecimento adequado sobre

consentimento esclarecido. *Revista Brasileiro de Direito da Saúde*, Brasília), v. 1, n. 2, p. 8-34, jan.-jun. 2012.

³¹⁸ Em verdade não há unanimidade sobre o exato momento em que o consentimento informado teve sua origem, tanto assim que José Roberto Goldim aponta que a primeira decisão judicial envolvendo a questão ocorreu 1767, mas que existiam evidências que poderiam retroceder a origem para 1677. GOLDIM, José Roberto. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. In: Ricardo Timm de Souza; Clarice Alho. (Org.). *Ciência e Ética os Grandes Desafios*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006, p. 45-46.

³¹⁹ Navarro-Reynoso, Francisco P; Argüelles-Mier, Miguel; Cicero-Sabido, Raúl. *Derechos humanos y consentimiento informado*. Cirurgia y Cirujanos. México: Academia Mexicana de cirugía, v. 72, n.3, mai.-jun. 2004. Disponível em:<<http://medigraphic.com/espanol/e-htms/e-circir/e-cc2004/e-cc04-3/em-cc043n.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

³²⁰ CLOTET, Joaquim. *Bioética uma aproximação*. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p.91.

³²¹ A linguagem hermética calca-se na utilização de expressões de compreensão extremamente difícil, mostrando-se muitas vezes excessivamente técnica, dificultando o estabelecimento de um diálogo inteligível. De acordo com, sua utilização e a consequente dificuldade de entendimento, pode ter uma dupla função, no caso, colocar o interlocutor num pedestal e, o que não é incomum, protegê-lo de críticas. Com isso, obtém o monopólio do conhecimento e as vantagens que decorre disso. FRONZA, Katia Regina Koerich. *A linguagem do professor no seu fazer pedagógico: entre acordos (?) e negociações (?)*. Rio do Sul: UNIDAVI, 2006, p. 28.

³²² GOLDIM, José Roberto. Consentimento e informação: a importância da qualidade do texto utilizado. *Revista HCPA*. Porto Alegre: UFRGS, v. 26, n. 1, p. 117-122, dez. 2006.

o significado delas. Não basta apenas o conhecimento formal, é necessário que dele seja extraída compreensão que dê ao paciente consciência da realidade.

No que diz respeito aos usuários de crack em situação de rua, essa questão se mostra ainda mais sensível, pois não é comum que a decisão de procurar os serviços médicos parta deles, mas seja fruto de orientação e encaminhamentos de assistentes sociais e integrantes de entidades como organizações não-governamentais. Consequentemente, a consciência para o problema vivenciado e os efeitos do consumo não se mostram suficiente para que ele próprio decida buscar ajuda, fazendo-o após convencimento feito por terceiro.

Assim, caberá ao profissional de saúde velar ainda mais pelo dever de bem informar ao usuário de crack, não se limitando isso a mera comunicação e relato sem compromisso com o entendimento. É imprescindível que o conhecimento seja compreendido e possibilite que esses usuários deixem de apresentar papel passivo em relação à doença e ao tratamento disponibilizado, para se tornar protagonista de sua realidade, participando ativamente não apenas da decisão sobre tratar-se ou não, mas, caso concorde, sobre o desenvolvimento do tratamento.

A leitura dos artigos 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009)³²³ deixa claro que ao profissional de saúde não basta apenas o repasse mecânico de informações, é preciso que garanta ao paciente o esclarecimento suficiente para que ela possa decidir.

Chama atenção o fato de que correlato ao referido artigo, no mesmo capítulo do código, encontra-se norma que complementa e dá sentido ao consentimento informado³²⁴. No caso, veda-se ao médico que tome qualquer

³²³ O Código de Ética Médica, dispõe que é vedado ao médico:

“art. 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção 1, p. 190-92

³²⁴ Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.” Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção 1, p. 190-92

decisão que limite o direito do paciente decidir livremente sobre o próprio destino e seu bem estar. A não observância disso se constitui em ofensa ética passível de punição.

Nesse sentido, concorda-se com Ana Carolina Brochado Teixeira³²⁵. Não é aceitável que o médico atue de maneira paternalista, impondo ao paciente tratamento, sobretudo quando a este não é dado conhecimento suficiente sobre a própria enfermidade e sobre os tratamentos possíveis, assim como as consequências decorrentes da escolha a ser feita. Não havendo esse cuidado, estará comprometida a relação entre o médico e o paciente³²⁶, cujos efeitos negativos serão a insegurança recíproca e a desconsideração ou até mesmo desrespeito à autonomia da vontade daquele que demanda tratamento³²⁷.

Não por outro, sendo o paciente capaz de entender seu quadro médico, as alternativas terapêuticas existentes e as consequências decorrentes da autorização ou não do tratamento, a decisão final caberá a ele. Em sentido oposto, mostrando-se absolutamente incapaz para isso, a decisão sai das mãos do paciente, passando para terceiro, como acontece nas internações compulsórias de usuários de crack. Entretanto, ainda assim o profissional médico deverá prestar os esclarecimentos necessários para quem está autorizado legalmente para falar em nome do paciente.

³²⁵ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.248-249.

³²⁶ “O paciente tem de ter à disposição todos os dados relevantes para que possa, livremente, decidir. Importante perceber-se a diferença cognitiva (técnica) existente entre paciente e médico, e que cabe ao facultativo diminuir esta diferença. A informação prestada não pode vir revestida num discurso hermético e científico, inacessível ao doente. Aliás, tal diferença gera para o médico a obrigação jurídica de fazer-se claro e compreensível, equilibrando as partes do contrato, como mencionado.

Assim, a omissão de informações relevantes ao processo decisório do paciente vai limitar-lhe a autonomia. Sua vontade poderia ser outra, caso conhecesse o que lhe está sendo omitido. Não se trata de uma limitação tão direta quanto a proibição legal, tampouco de uma limitação conhecida pelo paciente”. FABBRO, Leonardo. Limitações Jurídicas à autonomia do paciente. *Bioética*, Brasília., v. 7, n. 1, p. 7-12, 2007.

³²⁷ “De acordo com Daury Cesar Fabriz, “no relacionamento entre médico e paciente, por exemplo, faz-se necessário o respeito à autonomia da vontade, na medida em que essa relação demanda segurança.” FABRIZ, Daury Cesar. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003, p. 109.

Portanto, fica evidente a correlação entre pleno conhecimento do quadro médico e do tratamento oferecido e a liberdade de autodeterminar-se do paciente.

3.3.2 Autonomia *versus* paternalismo

A autonomia torna cada pessoa responsável pelo próprio destino, pelos erros e acertos, de maneira que a plenitude da própria liberdade limita-se tão somente pelo espaço de liberdade de outra pessoa³²⁸. A consequência lógica é que a autodeterminação como expressão da liberdade também encontra limites. Nesse encadeamento, fica claro que há limitações também no exercício dos direitos inerentes à personalidade³²⁹.

Entende-se que o paciente deve participar do processo decisório acerca de um tratamento, ocasião em que poderá até mesmo negar-se a submeter ao procedimento médico, ainda que cientificamente esteja comprovado que isso levará ao agravamento do quadro médico.

Entre os principais problemas que podem comprometer esse processo decisório, o paternalismo comumente verificado na relação médico e paciente se destaca. Em tais casos, o médico adequa a realidade de maneira a pretensamente proteger o paciente. Para tanto, as informações repassadas são selecionadas de acordo com a convicção previamente firmada pelo profissional médico, que ao assim proceder busca conduzir a situação de modo ao final possa aplicar o tratamento que julgue mais adequado.

O Brasil não foge a essa realidade, tanto assim, que Stancioli³³⁰ aponta que o paternalismo seria uma tradição da medicina praticada no país, devendo-se apenas tomar o cuidado para não se confundir tratamento sem consentimento, como é o caso da internação compulsória em relação ao usuário, com atitudes paternalistas.

³²⁸ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.217.

³²⁹ PINTO, Eduardo Vera-Cruz. Considerações genéricas sobre os direitos da personalidade. *Revista CEJ*, Brasília, n. 25, p. 70-73, abr./jun. 2004.

³³⁰ STANCIOLI, Brunello Souza. *Relação jurídica médico-paciente*. Belo Horizonte: Del Rey, p. 97.

De acordo com Nicola Matteucci³³¹, o paternalismo em seu sentido vulgar está relacionado à atuação estatal em prol do bem-estar da população, valendo-se para isso de políticas sociais, mas excluindo a participação direta do povo. Ainda com fundamento na lição de Matteucci, sob o ponto de vista do pensamento liberal, o Estado paternal mina a autonomia individual, tratando o indivíduo como se fosse incapaz de gerir a própria existência, por isso, tal qual um pai diante do filho, precisa ser conduzido pelo governante, sem o que não conseguirá alcançar o bem-estar, felicidade e suprir as próprias necessidades³³².

Quando transportada para a realidade da medicina, o paternalismo médico ganha feição própria, mas sem perder os laços com o paternalismo político. O paternalismo médico tem como objetivo beneficiar o paciente incapaz de compreender a realidade de sua enfermidade ou dos tratamentos que são necessários para superá-la ou reduzir seus efeitos negativos³³³. Ao assim proceder, o profissional da saúde vale-se da omissão ou da distorção de informações, fato esse que não busca prejudicar o paciente, ao contrário, visa não causar sofrimento psicológico³³⁴.

É nítida a correlação existente entre o paternalismo médico e o princípio da beneficência. Este princípio deve ser compreendido a partir da necessidade de se promover prioritariamente o bem do paciente, o que impõe ao profissional de saúde a obrigação de pesar os males e os benefícios de sua atividade, adotando conduta que sempre busque o cuidado da saúde do paciente e qualidade de vida deste³³⁵.

³³¹ BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. 5. ed. Brasília: UnB, 2000, p. 908.

³³² BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. 5. ed. Brasília: UnB, 2000, p. 908-909.

³³³ Conselho Federal de Medicina. *Iniciação à Bioética*. 1. ed. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 1998, p. 48.

³³⁴ SILVA, Henrique Batista e. Beneficência e paternalismo médico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 10, supl. 2, p. s419-s425, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600021&lng=em&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2015.

³³⁵ FABRIZ, Daury Cesar. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003, p. 107-108.

Fabriz³³⁶ argumenta que a concretização do princípio da beneficência demanda por parte do responsável a resposta de questões relativas ao que seria qualidade de vida? O que é o bem? O que se pode será considerado benéfico para a saúde de alguém? Nesse espaço de dúvidas e questionamentos, fica claro que o princípio da beneficência não se mostra como sinônimo de respostas prontas e inquestionáveis, pois as respostas poderão variar de acordo com a interpretação dada por diferentes profissionais da saúde³³⁷.

Por isso, o princípio deve ser visto como um parâmetro para a compreensão de situações específicas, permitindo que se extraia do caso concreto os direitos e deveres relacionados aos pacientes, médicos e Estado. Nesse contexto, “o princípio da beneficência deve servir como horizonte para uma normatização jurídica”³³⁸.

O princípio da beneficência não pode ser exercido de maneira absoluta, possuindo limites. A dignidade intrínseca a todo paciente, ou melhor, a todo ser humano poderá obstaculizar a utilização de um tratamento quando ele se mostrar inútil para a preservação da vida ou da saúde do paciente, causando-lhe sofrimento desnecessário. Clotet³³⁹ aponta como exemplo o caso de alguém que precisa de um transplante de medula, mas o risco da cirurgia e a pouca chance de êxito acabam por desaconselhar a tentativa.

O paternalismo compatibiliza-se com beneficência, pois objetiva ações que buscam o benefício da saúde do paciente, evitando causar-lhes prejuízos e sofrimento. Não bastasse isso, verifica-se que “beneficência é necessária quando existe vulnerabilidade, pois esta, geralmente, é fator impeditivo de decisões autônomas”³⁴⁰.

³³⁶ FABRIZ, Daury Cesar. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003, p. 108.

³³⁷ CLOTET, Joaquim. *Bioética uma aproximação*. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 67.

³³⁸ FABRIZ, Daury Cesar. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003, p. 108.

³³⁹ CLOTET, Joaquim. *Bioética uma aproximação*. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 69.

³⁴⁰ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.244.

Não é de se estranhar que ao se aplicar o princípio da beneficência, o médico adote, nas palavras de Henrique Batista e Silva³⁴¹, “o modelo sacerdotal, baseado na tradição hipocrática”, assumindo postura paternalista em relação aos pacientes. Todavia, a partir da aplicação do princípio bioético da autonomia, o modelo paternalista foi diretamente afetado, provocando uma mudança na relação médico-paciente que ainda não está consolidada no Brasil, mas que aponta para apoderamento sobre a saúde (empowerment health), no qual o paciente passa a deter poder para tomar decisões que digam respeito a sua saúde e a sua vida³⁴².

Nesse processo de transformação da relação médico-paciente, o profissional de saúde deixa de ser sujeito ativo para assumir a condição de titular de uma obrigação, ao mesmo tempo em que o paciente transmutar-se de sujeito passivo para titular do direito. Não por outro, de maneira natural o médico perde sua condição de soberano em relação às decisões clínicas, passando a exercer o papel de conselheiro do paciente, cuidando para este, após suficientemente esclarecido, possa tomar a decisão que julgue adequada³⁴³.

Isso não significa que o paternalismo tenha os dias contados e que será suprimido de todas as relações médico-paciente. Ao contrário, na verdade apenas em uma relação ideal se poderia falar em supressão do paternalismo médico, isto é, caso fosse possível paciente e médico estarem em posição perfeitamente simétrica, na havendo que se falar em qualquer tipo de desigualdade³⁴⁴.

Na relação médico-paciente, a autonomia e o paternalismo são complementares, por esse motivo não pode existir autonomia total nem paternalismo absoluto, funcionando eles de maneira inversamente

³⁴¹ SILVA, Henrique Batista e. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 10, supl. 2, p. s419-s425, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2015.

³⁴² RIBEIRO, Diaulas. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 22, n. 8, p. 1749-1754, ago. 2006.

³⁴³ RIBEIRO, Diaulas. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 22, n. 8, p. 1749-1754, ago. 2006.

³⁴⁴ SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. *Bioética*. 3. ed. Revisada e ampliada. São Paulo: EDUSP, 2002, p. 84.

proporcional. Assim, para uma grande autonomia, teremos leve paternalismo assim como para um forte paternalismo, teremos autonomia restrita³⁴⁵.

A ideia da autonomia restringida funda-se no princípio da autonomia, ao qual se inclui componente restritivo, constituído pela limitação da capacidade de alguém exercer sua autonomia. Caso a capacidade seja transitória, intermitente ou inexistente, a pessoa perderá ou terá reduzida a aptidão para julgar e será incapaz de direcionar as ações que estejam relacionadas com o discernimento para decidir³⁴⁶.

Exemplifica bem essa questão acerca da variabilidade entre autonomia e paternalismo a dependência química de crack, no qual o usuário poderá apresentar perfeita compreensão da realidade, ainda que padeça de doença crônica, até situação em que o usuário perde por completo sua capacidade de discernimento e de autodeterminação, seja de maneira transitória ou definitiva.

Consequentemente, tomando por base apenas a questão das internações de dependentes químicos, em que o usuário poderá voluntariamente concordar com a internação, desde que, obviamente, tenha indicação médica e toda a realidade do tratamento e da enfermidade seja esclarecida, configurando situação em que a equação autonomia *versus* paternalismo tende para o primeiro. Em situação diametralmente oposta tem-se a internação compulsória, em que o usuário está totalmente incapacitado para gerir a própria vida, não podendo se autodeterminar, situação essa em que a referida equação pende para o lado do paternalismo.

Logo, a decisão acerca de um tratamento apresenta uma dinâmica que irá variar de acordo com a autonomia do usuário de drogas. Na relação médico-paciente a autonomia e o paternalismo são conectados e complementares, de modo que aumentando uma a outra é reduzida.

³⁴⁵ SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. *Bioética*. 3. ed. Revisada e ampliada. São Paulo: EDUSP, 2002, p. 84.

³⁴⁶ RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 01-11, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38617>>. Acesso em: 07 mai. 2015.

De acordo com José Luiz Telles de Almeida³⁴⁷, o paternalismo poderá se dividir em brando ou suave e duro, este se subdividindo em fraco e forte, não havendo separações claras o suficiente para não gerar dúvidas diante dos casos concretos. No que se refere ao paternalismo suave, não há que se falar, necessariamente, na violação da autonomia da pessoa. Os casos de vacinação obrigatória de crianças³⁴⁸, em que os pais não podem se negar a vacinar os filhos, sob pena de expô-los a risco é um bom exemplo do paternalismo suave.

No caso do paternalismo duro, sempre haverá violação da autonomia, no entanto, há uma divisão dele em fraco e forte, no qual o primeiro se justifica no fato da pessoa não ter a autonomia completamente desenvolvida ou tenha perdido a capacidade, temporária ou definitivamente, não reunindo condições de tomar decisões. Por fim, no que diz respeito à outra forma de paternalismo duro, no caso, o forte, A outra forma de paternalismo duro é o forte, que não é aceitável, pois não é respeitada as decisões do paciente, ainda que elas tenham sido tomadas de maneira consciente e plenamente informada.

O paternalismo fraco é especialmente importante ao se analisar os tratamentos a serem ministrados em pessoas com enfermidades mentais, como é o caso dos dependentes químicos em crack que estejam absolutamente incapacitados. Em tais casos, em que o médico entende que o tratamento adequando será a internação compulsória, não há que se falar no exercício da autonomia para decidir em sentido contrário ou favoravelmente.

Por fim, cuida destaca que não é incomum que questões relacionadas ao paternalismo médico sejam discutidas no Judiciário, surgindo decisões que permitem concluir pela existência de um paternalismo judiciário. Assim, temas que se mostram de difícil resolução para os profissionais de saúde, acabam sendo levados ao Judiciário, que da mesma forma apresenta dificuldades para apresentar alguma resposta.

³⁴⁷ Almeida, José Luiz Telles de. Da moral paternalista ao modelo de respeito à autonomia do paciente: os desafios para o ensino da ética médica. *Revista Brasileira de Educação Física*, Rio de Janeiro. V. 24, n. 1, p. 27-30, jan/abr. 2000.

³⁴⁸ A vacinação obrigatória de crianças é um exemplo de paternalismo suave (soft) em que os interesses público e privado caminham juntos. Assim, os pais não poderiam recusar a vacinação não apenas em razão da saúde de seus filhos, mas sobretudo em razão da saúde das demais crianças.

Entre esses temas de difíceis soluções, em que a autonomia do paciente é colocada de lado, substituída pela decisão do médico ou do juiz, tem-se a ortotanásia³⁴⁹ e a internação compulsória de usuárias de crack grávidas. Pode se apontar que as duas trazem direta ou indiretamente a discussão acerca do direito à vida. Diferenciando-se apenas pelo fato de que na primeira a discussão sobre o direito à vida está relacionada ao próprio paciente, para quem a morte se mostrará uma opção mais digna do que a vida. A segunda está relacionada não apenas à paciente, mas ao feto, de modo que surge a questão de proteger não apenas a saúde da usuária, mas de sua prole em via de nascer.

No caso da ortotanásia a contraposição entre o direito à vida e a dignidade do paciente sempre se mostrou uma equação de difícil solução. No entanto, a partir da Resolução nº 1.805/2006³⁵⁰, do Conselho Federal de Medicina, o profissional de saúde e o paciente encontraram respaldo normativo para a ortotanásia³⁵¹. Por ser uma medida extrema, o médico deverá ter bastante cuidado para apenas esclarecer o paciente, que no exercício de sua autonomia decidirá em conformidade com a própria vontade, decisão essa que deverá ser respeitada.

No que se refere se refere às usuárias de crack grávidas, adotando-se o entendimento de que a internação compulsória é limitada aos casos em que

³⁴⁹ De acordo com Maria de Fátima Freire de Sá “A obstinação em prolongar o mais possível o funcionamento do organismo de pacientes terminais, não deve mais encontrar guarida no Estado de Direito, simplesmente, porque o preço dessa obstinação é uma gama indizível de sofrimentos gratuitos, seja para o enfermo, seja para os familiares deste. O ser humano tem outras dimensões que não somente a biológica, de forma que aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa. O prolongamento da vida somente pode ser justificado se oferecer às pessoas algum benefício, ainda assim, se esse benefício não ferir a dignidade do viver e do morrer” SÁ, Maria de Fátima Freire de. Aspectos jurídicos da eutanásia. In.: TAITSON, Paulo Franco et al. *Bioética: vida e morte*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2008, p.129-150.

³⁵⁰ BRASIL. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.

³⁵¹ O Ministério Público Federal ajuizou ação contra a Resolução CFM nº 1.805, que deu origem ao Processo 2007.34.00.014809-3, da 14.ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal. No entanto, posteriormente, o próprio **parquet** se alinhou às manifestações lançadas aos autos em favor da resolução e passou a defender que os pedidos não fossem acolhidos, o que acabou sendo aceito pelo juiz ao proferir sentença de improcedência.

se verifica a perda do discernimento e da autonomia, a imposição do tratamento seria possível apenas se atendidos esses requisitos. Logo, a proteção ao feto ocorreria de forma subsidiária, pois a imposição do tratamento decorreria da própria situação da gestante.

A internação compulsória é tratamento médico, por isso, não estando incapacitada para gerir a própria vida, não poderá se utilizar o referido tratamento como forma de proteção da integridade física da usuária de crack ou da criança que carrega em seu ventre³⁵². Obviamente, na eventualidade do profissional de saúde avaliar que ao fazer uso do crack, a usuária grávida o faz por ter perdido por completo a capacidade de se autodeterminar, de modo que coloca a própria saúde ou a de terceiro, inclusive da eventual prole em risco, por não conseguir se opor à droga, a internação compulsória se justifica.

Neste último caso, o paternalismo médico poderá se mostrar mais presente, de maneira que o profissional médico poderá pautar sua atuação pelo entendimento de que a internação compulsória seria a melhor alternativa para proteger não apenas a dependente química, mas a prole que ela carrega. Esse entendimento poderá até estar presente, mas o profissional médico deverá se ater aos ditames da Lei nº 10.216/2001.

Em suma, importa destacar que em tais casos, o médico firma seu entendimento a partir da compreensão do que é melhor para o dependente químico, devendo velar, com base no princípio da beneficência, pela dignidade e pela saúde do usuário, não podendo levar em consideração fatores estranhos a sua competência médica.

³⁵² Em sentido contrário, Rosa Maria de Sales Guimarães Barros e Lara Loureiro Ferreira entendem que “há que se realizar uma internação de no mínimo 15(quinze) meses para garantir os seis meses de amamentação onde a mãe deve estar ‘limpa’, garantindo ao bebê um aleitamento em conformidade com as necessidades nutricionais e fisiológicas.” BARROS, Rosa Maria de Sales Guimarães; FERREIRA, Lara Loureiro. Internação compulsória na gravidez: prevenção e proteção à vida. *Revista Borromeo*. Buenos Aires. n. 4, p. 192-197, 2013.

3.4 Conclusão parcial

Neste capítulo se buscou analisar os conceitos e princípios relacionados à liberdade e à dignidade da pessoa humana, dando-se ênfase também à análise de questões tais como a capacidade, os direitos de personalidade e a autonomia. De igual modo, cuidou-se de tecer considerações acerca do consentimento informado e do paternalismo, sobretudo com enfoque no princípio bioético da autonomia.

Todos os temas propostos são de grande importância para a análise que se pretende fazer no capítulo quatro, com base no Programa Recomeço, sobre a compatibilidade da internação com a dignidade e autonomia dos dependentes químicos que se encontram em situação de rua.

Com efeito, como alternativa terapêutica excepcional e de aplicação limitada, a internação compulsória necessariamente limita a liberdade de locomoção do dependente químico posto sob tratamento, não sendo este chamado ao debate e não fazendo parte do processo decisório.

Daí a importância dos temas tratados no presente capítulo, pois eles serão de grande importância para se definir se a internação compulsória cabe, ou não, como recurso terapêutico a ser disponibilizado por uma política pública e, caso positivo, o que precisa ser observado.

4. A COMPREENSÃO DOS LIMITES DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA A PARTIR DOS INTERESSES E DIREITOS DOS USUÁRIOS DE CRACK

As críticas dirigidas, sobretudo, em relação à internação compulsória apontam que o tratamento ofenderia a dignidade e seria contrária à autodeterminação dos usuários de crack em situação de rua. Não há como concordar com esse entendimento, pois, ao contrário do que se alega, o tratamento é compatível com a proteção da dignidade dos usuários, tanto assim que está previsto na própria norma que corou o esforço antimanicomial no Brasil.

Obviamente, não basta apenas apontar a existência de previsão legal autorizando o tratamento em regime de internação e a indicação médica para que o usuário de crack tenha que se submeter a esse tratamento. Para que isso seja possível, deve-se atentar para o fato de que a internação compulsória não é suficiente para recuperar o dependente químico e reinseri-lo socialmente, pois em verdade é apenas uma etapa do processo terapêutico.

Com efeito, diante da excepcionalidade da internação compulsória, para que a política pública possa se valer do recurso sem qualquer questionamento, deverá se tomar os cuidados necessários não apenas durante a fase de internação, mas antes mesmo do ajuizamento do processo para a obtenção da decisão autorizativa e também nas etapas posteriores à internação.

Neste capítulo serão apresentados os requisitos e as providências necessárias para que internação compulsória possa ser utilizada como recurso válido em uma política pública de enfrentamento ao crack, dando atenção não apenas ao tratamento em si, mas as etapas anteriores e posteriores, sem as quais não seria possível justificar sua utilização.

4.1. A Delimitação dos casos de internação compulsória dos usuários de crack em situação de rua

As internações de usuários de crack em situação de rua, especialmente a internação compulsória, devem ser analisadas sob a perspectiva do direito à saúde, direito fundamental previsto na Constituição Federal de 1988, e da proteção à liberdade de autodeterminação daqueles para quem o tratamento é

indicado. Do contrário, deixarão de cumprir o papel terapêutico que a excepcionam, afrontando a Lei nº 10.216/2001, fruto direto da reforma antimanicomial ocorrida no Brasil.

No que se refere à internação compulsória, recurso terapêutico que tem seu papel questionado, sobretudo em virtude do desvirtuamento promovido por políticas públicas pautadas na repressão dos usuários de crack reunidos em crackolândias, não se pode desconsiderar que é sim um tratamento compatível com o ordenamento jurídico, com aplicação necessária para casos específicos em que a dependência se mostra mais intensa e o reequilíbrio do usuário mais difícil.

Por isso, a utilização desse recurso terapêutico deverá se cercar de cuidados, que devem estar presentes antes mesmo do ajuizamento do pedido de autorização e da efetivação da internação. Essa fase prévia é de grande importância, pois é nela que os usuários de crack serão direcionados para os serviços e tratamentos adequados a cada situação concreta, o que se constitui em um “filtro”, de maneira que ao final restem apenas os casos que tenham como derradeiro recurso a internações compulsórias.

A verdade é que a decisão judicial que determina a internação compulsória dos usuários de crack em situação de rua não é nem o início, nem o final das ações desenvolvidas pela política pública, mas apenas uma das fases da atuação estatal, cujo início encontra-se nos primeiros contatos feitos nas ruas por intermédio de profissionais de saúde e de assistência social, cuja atuação tem entre suas finalidades propiciar meios para a recuperação e reintegração social do usuário.

Daí a importância dos atores que atuam nesse contato inicial com os usuários de crack, pois ao se concluir pela necessidade da internação, obviamente respaldada a conclusão em laudo médico, caberá a eles garantir o início do procedimento que garantir o acesso dos usuários aos tratamentos necessários.

4.1.1 Identificação dos eventuais casos de internação compulsória que deverão ser analisados pelo Judiciário

A dependência química no crack é classificada pela Organização

Mundial de Saúde³⁵³ como transtorno mental e comportamental, constituindo-se em doença biopsicossocial complexa, associadas não apenas as dimensões física e mental do usuário, mas também social, caracterizando-se, ainda, por ser crônica e incurável.

Consequentemente, não parece acertada as opiniões que descartam o aspecto sanitário do problema e defendem solução pautada apenas na seara social³⁵⁴. Ora, sem negar que para muitos o consumo de crack é o resultado de aspectos sociais negativos, não se deve desconsiderar que a partir do momento em que a dependência química se estabelece como condição de saúde do usuário de crack, a solução para o problema, em maior ou menor medida, invariavelmente também exigirá cuidados médicos.

Nesse sentido, por ser o direito à saúde³⁵⁵ um direito fundamental da pessoa humana³⁵⁶, deverá ser garantido a todos, principalmente àqueles que mais necessitam de cuidados, como é o caso dos usuários de crack. Ademais, a Constituição Federal de 1988 ao estipular que a saúde é um direito de todos, de imediato estabeleceu que a concretização desse direito se constitui em um dever do Estado brasileiro³⁵⁷, que se desincumbirá por intermédio da prestações positivas de ações e serviços³⁵⁸. Para que isso ocorra, deverá se

³⁵³ A dependência química apenas no crack é classificada no código f.14.2. No entanto, no caso do consumo de crack ser associado com outras substâncias passa a ser classificado no código f.19.2. CID-10. 10. ed., São Paulo: USP, 2007, p. 313-317.

³⁵⁴ “Os usuários de crack são bastante heterogêneos, dotados de padrões de desenvolvimento, nível socioeconômico, formação educacional e cultural distintos. Envolve-se em contravenções e apresentam complicações psiquiátricas com mais frequências. Tudo isso dificulta e complica a elaboração de um plano universalmente eficaz de tratamento.” RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. O plano de tratamento. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Orgs.). *O Tratamento do Usuário de Crack*. Porto Alegre, Artemed, 2012. p. 183-210.

³⁵⁵ De acordo com Karyna Rocha Mendes, “a saúde é o ‘primeiro’ e o primordial direito social. Sem saúde não há vida digna, não há trabalho, há apenas um resquício de vida.” MENDES, Karyna Rocha. *Curso de direito de saúde*. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 41.

³⁵⁶ STURZA, Janaína Machado; LUCION, Maria Cristina Schneider. A promoção do direito à saúde e a atuação subsidiária dos entes privados de planos de saúde. In: ZIEMANN, Aneline dos Santos; ALVES, Felipe Dalenogare (Orgs.). *A jurisdição constitucional e os direitos fundamentais nas relações privadas: questões contemporâneas*. São Paulo: PerSe, 2014, p. 167-185.

³⁵⁷ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. BRASIL. Edição histórica da Constituição da República Federativa do Brasil. Organização de Patrícia Kettermann e Stéfano Pedroso. Brasília: ANADEP, 2015, p. 199.

³⁵⁸ STURZA, Janaína Machado; LUCION, Maria Cristina Schneider. A promoção do direito à saúde e a atuação subsidiária dos entes privados de planos de saúde. In: ZIEMANN, Aneline dos Santos; ALVES, Felipe Dalenogare (Orgs.). *A jurisdição constitucional e os direitos*

atenta ao entendimento que reza ser o direito à saúde mais que a ausência de doenças ou enfermidades, mas também o estado de bem estar que engloba os aspectos físico, mental e social³⁵⁹ da pessoa humana.

Deve se atentar para a lição de Karyna Rocha Mendes³⁶⁰, que ao discorrer sobre o direito à saúde, relacionou-o à dignidade da pessoa a partir de uma vida saudável. Ora, não há como negar que a busca por uma vida saudável é um norte que deve ser colocado como objetivo, mas não é aconselhável que essa correlação entre dignidade e vida saudável exclua qualquer outra possibilidade. Afinal, é perfeitamente possível que as pessoas que apresentem alguma doença possam existir de maneira digna, logicamente, respeitando-se os limites que essa condição impõe a elas.

Em verdade, no que diz respeito às pessoas com problemas de saúde, a dignidade poderá ser resguardada a partir da oferta de tratamento médico adequado³⁶¹, que possibilite, quando não for possível a cura, uma existência que reduza ao máximo as limitações e os efeitos deletérios da enfermidade. Não é por outro motivo que a Constituição da Organização Mundial de Saúde estabelece que o gozo “do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano”³⁶².

Isso se aplica também para os casos de dependência química, cujos efeitos poderão ser eliminados e a pessoa poderá retornar a sua rotina, não significando que a cura da enfermidade é o único objetivo a ser alcançado, mas sim o restabelecimento e reinserção social do usuário. Assim, o fato da dependência química ser uma doença crônica, que persistirá mesmo após a

fundamentais nas relações privadas: questões contemporâneas. São Paulo: PerSe, 2014, p. 167-185.

³⁵⁹ A Constituição da Organização Mundial de Saúde, em seu preâmbulo, dispõe que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 set. 2015.

³⁶⁰ De acordo com Karyna Rocha Mendes, “a saúde é o ‘primeiro’ e o primordial direito social. Sem saúde não há vida digna, não há trabalho, há apenas um resquício de vida.” MENDES, Karyna Rocha. *Curso de direito de saúde*. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 41.

³⁶¹ O tratamento médico adequado não se relaciona apenas a indicação feita pelo médico, mas à concepção exarada pelo paciente. Daí a importância da relação médico e paciente, no qual comumente se estabelece uma relação de poder, na qual o primeiro determinar e o segundo se submete.

³⁶² Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 set. 2015.

fase de desintoxicação, na qual a droga foi eliminada do corpo do dependente, não impede que este leve uma vida normal e consiga se abster de consumir drogas.

Com efeito, diante da toxidade e da capacidade de viciar do crack, não raro a concretização do direito à saúde do usuário passará pela oferta de tratamento médico direcionado, inicialmente, à desintoxicação e à abstinência³⁶³. Muitas vezes, para que isso seja possível, deverá se recorrer à internação do usuário, retirando-o do convívio social no qual está inserido e que muitas vezes se mostra fator decisivo para o uso da droga³⁶⁴.

Nem sempre isso será uma tarefa fácil. Aliás, a dificuldade se mostra ainda maior quando o usuário de crack se encontra em situação de rua, pois dificilmente poderá contar com a proteção familiar, fato comum em relação aos usuários que ainda permanecem integrados aos núcleos familiares. Nessa situação, a desintoxicação e a abstinência mostram-se muito difíceis de serem alcançados, quando não impossível. Daí a maior necessidade do tratamento se desenvolver em ambiente hospitalar³⁶⁵.

Na elaboração da política pública dirigida aos usuários de crack em situação de rua, deverá se atentar para o fato de que o Brasil adotou a partir da Lei nº 10.216/2001 uma concepção antimanicomial sobre as questões relacionadas à saúde mental, baseada no respeito à dignidade da pessoa humana, na liberdade e na autodeterminação do paciente. Não por outro, por

³⁶³ Entre aqueles que defendem a política de redução de danos, a busca pela abstinência do usuário é objeto de críticas, argumentando-se que a substituição por outra droga menos prejudicial ou reduzindo o consumo é um caminho mais plausível para a solução do problema. No entanto, esse entendimento está longe de ser pacífico. Tomando por base a lição de Kleber e Galanter, verifica-se que a redução no consumo de crack não necessariamente é “acompanhado por um declínio na dependência de cocaína, e o tratamento de pacientes com essa condição continua sendo um problema difícil, às vezes intratável”. KLEBER, Herbert; GALANTER, Marc. Transtornos relacionados a substâncias: introdução. In: GABBARD, Glen O. (Org.). *Tratamento dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 204.

³⁶⁴ MENEZES, Joyceane Bezerra; MOTA, Maria Yannie Araújo. Os limites da política de abrigo compulsório e a autonomia do paciente psiquiátrico usuário de drogas. *Civilista.com*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/02/Mota-e-Menezes-civilistica.com-a.3.n.1.2014.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

³⁶⁵ “A internação deverá ser destinada apenas àqueles pacientes que estejam de tal forma envolvidos com a droga e suas circunstâncias, que esta sirva para a ruptura desse “vínculo patológico”, ou quando apresentam sinais de síndrome de abstinência importantes.” BORGES, Durval Rosa. *Atualização terapêutica*. 22. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005, p. 29

se entender que as internações invariavelmente restringem a liberdade e representam risco para a dignidade do paciente, se impõe a adoção de todos os cuidados possíveis para que isso não ocorra³⁶⁶.

Entre os principais cuidados, destaca-se a vedação de que as internações tenham caráter perene e sem perspectiva de término, o que representaria ofensa ao espírito antimanicomial que motivou a reforma corporificada na Lei nº 10.216/2001. E não apenas isso, a internação de longo prazo ou definitiva representa o fracasso na recuperação da saúde do paciente, uma vez que não se alcançou e concluiu a derradeira etapa de qualquer processo curativo ou de minoração da enfermidade mental que é a sua reintegração social³⁶⁷.

Assim, na formulação de políticas públicas que ofereçam entre as alternativas terapêuticas a internação hospitalar de usuários de crack em situação de rua, ou para qualquer outro dependente de drogas em geral, deve-se atentar para o fato de que a internação não poderá ser considerada um fim em si mesma, mas uma das fases de um tratamento mais longo e complexo, que somente estará concluído com a reintegração social do usuário de crack³⁶⁸.

Ademais, existindo a necessidade de o tratamento ter de se desenvolver sob a modalidade da internação hospitalar, a Lei nº 10.216/2001 prever três espécies distintas (internação voluntária, involuntária e compulsória)³⁶⁹ que

³⁶⁶ MENEZES, Joyceane Bezerra; MOTA, Maria Yannie Araújo. Os limites da política de abrigamento compulsório e a autonomia do paciente psiquiátrico usuário de drogas. *Civilista.com*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 8, 2014. Disponível em: < <http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/02/Mota-e-Menezes-civilistica.com-a.3.n.1.2014.pdf> >. Acesso em: 16 set. 2015.

³⁶⁷ Para Serrano e Nunes Júnior, no caso das pessoas com deficiência, seja física ou mental, definitiva ou transitória, “o direito à saúde se aplica nos mesmo moldes e também deve acompanhar o amplo conceito de saúde, o que inclui a necessidade de inclusão social”. SERRANO, Mônica de A. Magalhães; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. O sistema de saúde no Brasil e as pessoas com deficiência. In: FERRAZ, Carolina Valença *et al.* (Coord.). *Manual dos direitos da pessoa com deficiência*. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 266.

³⁶⁸ Nas políticas públicas desenvolvidas na cidade de São Paulo, tanto em relação ao Programa Recomeço, quanto no que diz respeito ao Programa de Braços Abertos, a questão da reinserção dos usuários no mercado de trabalho é uma preocupação comum, sobretudo em relação ao último, que inclusive oferta vagas para usuários de crack no serviço de variação da própria cracolândia da região da Luz.

³⁶⁹ Art. 6. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

deverão ser aplicadas em conformidade com as condições do usuário e de acordo com a capacidade que ele tenha para se autodeterminar, não havendo que se falar na opção livre entre as modalidades de internações.

Com fulcro na Lei nº 10.216/2001, constata-se que somente será cabível a internação do dependente químico se estiver respaldado em laudo médico que indique a necessidade do tratamento hospitalar. Essa exigência é necessária até mesmo para os casos de internação voluntária, no qual o próprio dependente participa do processo de avaliação e de decisão sobre o tratamento mais adequado para sua situação.

O usuário de crack que se submete à internação voluntária padece dos efeitos do consumo da droga, mas esses não são suficientes para fazê-lo perder o discernimento e a capacidade de se autodeterminar. De qualquer sorte, como forma de proteção e garantia, no momento da admissão ao tratamento, a pessoa deverá manifestar seu consentimento por escrito³⁷⁰, deixando claro que a opção feita decorreu de decisão voluntária. E mais, a qualquer momento, o paciente poderá interromper o tratamento, quando deverá ser desinternado imediatamente.

No que se refere ao tratamento involuntário, esse não depende da concordância ou do pedido do dependente químico, o que, aliás, não teria qualquer sentido, pois esse tratamento somente poderá ser aplicado aos casos em que o usuário tenha perdido o discernimento sobre a própria realidade e sobre as consequências do vício para sua saúde, não apresentando capacidade para se autodeterminar. Caso contrário, não há que se falar na possibilidade de internação involuntária, mas de internação voluntária, isso se o dependente manifestar interesse em se submeter ao tratamento.

De acordo com a norma de regência, a internação involuntária tem como requisitos o laudo médico indicativo e o pedido de terceiro. Ainda que não

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.” BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

³⁷⁰ Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Seção 1, p.2.

conste no inciso I do artigo 6^a quem é esse terceiro, a leitura do §2º do mesmo artigo informa que, afora decisão exarada pelo especialista responsável pelo tratamento, o término deste somente ocorrerá por solicitação feita por escrita por familiar ou responsável legal do paciente³⁷¹.

Por conseguinte, a lógica caminha no sentido de que aquele que pode por fim ao tratamento, certamente poderá iniciá-lo, não devendo ser desconsiderado o fato de que a proximidade e os laços familiares, em tese, aumentam as chances, mas não garante, de que o tratamento será benéfico ao dependente químico.

De qualquer forma, para que os direitos do dependente químico submetido ao tratamento involuntário sejam de fato respeitados, não se utilizando do tratamento como forma de castigo e repressão pelo simples fato de ser usuário de drogas, colocando-se em segundo plano o aspecto terapêutico, a norma de regência estipula que em até setenta e duas horas o Ministério Público estadual deverá ser comunicado da internação pelo responsável técnico do estabelecimento, devendo o procedimento ser repetido no momento em que o usuário receber alta.

Essa não é única proteção aos interesses de quem é submetido ao tratamento involuntário. A Portaria MS/GM Nº 2.391/2002³⁷² estabelece a constituição de comissão revisora das internações Involuntárias, que deverá ter

³⁷¹ “Art. 6º[...]

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.” BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Seção 1, p.2.

³⁷² “Art.10. Estabelecer que o gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.

§ 1 A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.” BRASIL. Portaria n.º 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: < <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-gm-ms-2391-2002>>. Acesso em: 18 set. 2015.

caráter multiprofissional, da qual farão parte, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, um profissional com formação superior na área de saúde mental, não pertencente ao corpo clínico do estabelecimento em que se deu a internação, representante do Ministério Público Estadual, sendo desejável que dela também participem representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde, além de familiares dos pacientes.

Na sequência feita na Lei nº 10.216/2001, a internação compulsória surge como derradeiro recurso hospitalar, ou melhor, como tratamento residual e aplicável quando não existe a possibilidade de se utilizar qualquer outro recurso terapêutico, inclusive as outras duas modalidades de internação.

Para tanto, tal qual a involuntária e a voluntária que têm como primeiro requisito a existência de laudo médico que indique a necessidade do tratamento, a internação compulsória também só será cabível se houver indicação médica³⁷³, do contrário, não que se falar em finalidade médica, assumindo a condição recolhimento compulsória, que nada tem de terapêutico. E não apenas isso, compatível com a sua excepcionalidade e com os cuidados que deverão ser adotados a fim de evitar que se torne medida asilar, própria da situação anterior à reforma antimanicomial, a internação compulsória tem como requisito específico a existência de decisão judicial prévia.

A excepcionalidade da internação compulsória no âmbito de uma política pública de enfrentamento ao crack voltada para a população em situação de rua é plenamente justificada, pois os antecedentes registrados em políticas implementadas em passado recente, tal como a Operação Sufoco, demonstram

³⁷³ Não há dúvida de que Lei nº 10.216/2001 impõe como requisito imprescindível a existência de laudo médico apontando não apenas a dependência química, mas indicando como tratamento necessário a internação compulsória. Em que pese isso, não raro são proferidas antecipações de tutela em processos que não contam com laudos médicos, baseando-se a decisão em outros elementos de convicção. Nesse sentido caminha acórdão proferido pelo Superior Tribunal de Justiça, entendeu que “se é certo que se exige laudo atual para a internação compulsória de usuário de drogas e alienados mentais, não menos certa é a existência de elemento suficientes para a internação determinada pela origem, especialmente pelo risco que o paciente está a sofrer sem o devido tratamento e a impossibilidade de se realizar os exames médico-psiquiátricos atuais entendidos como necessários para sua internação, pois não tem sido localizado.” BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. HC 287144 SP, da 3ª Turma. Relator: Min. Paulo de Tarso Sanseverino. Brasília, 01 de abril de 2014. Disponível em: < https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=A TC&sequencial=34525717&num_registro=201400129696&data=20140508&tipo=51&formato=P DF >. Acesso em 25 out. 2013.

que muitas vezes a internação compulsória é utilizada como uma forma sub-reptícia de limpeza urbana.

Por isso, ganha importância a fase que antecede o pedido judicial de internação, quando serão selecionados os casos que realmente precisam ser submetido ao recurso terapêutico, evitando-se o ajuizamento desnecessário e injustificado demandas relacionados a casos que não apresentam os requisitos necessários para a decisão favorável de internação compulsória.

Cada tipo de internação é compatível com uma necessidade, não sendo correta a ideia de que poderão ser aplicadas indiscriminadamente. No entanto, não é incomum que parentes de usuários de crack e outras drogas recorram à alternativa da internação compulsória simplesmente por não reunir condições financeiras para providenciar a internação involuntária ou por não encontrar essa modalidade de tratamento disponibilizada no sistema público de saúde.

Essa situação é bastante comum no Distrito Federal³⁷⁴, em que a falta de leitos específicos para atender os casos de internações involuntárias de dependentes químicos no sistema público de saúde³⁷⁵, acaba por gerar uma

³⁷⁴ Verifica-se que o Distrito Federal para fazer frente aos casos de internações, entre os quais aqueles decorrentes de determinações judiciais, adotou a estratégia de firmar convênios com comunidades terapêuticas (CTs). O problema dessa opção é que essas entidades não são consideradas unidades de saúde, logo não podem realizar tratamentos médicos. É certo que o uso do termo 'comunidade terapêutica' abrangia desde entidades que se dedicam ao acolhimento e reinserção dos usuários até clínicas habilitadas para a realização de internações. No entanto, com a publicação da Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015, do CONAD essa situação mudou e agora as CTs não podem prestar qualquer tratamento médico. De acordo com informação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, entre agosto de 2011 e agosto de 2013, "mais de dois mil foram internadas nas comunidades terapêuticas conveniadas". KAVAMOTO, Patrícia. Comitê de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas lança cartilha. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/3790-comit%C3%AA-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas-lan%C3%A7a-cartilha.html>>. Acesso em: 10 ago. 2015

³⁷⁵ A Defensoria Pública do Distrito Federal recebe muitos familiares de usuários de cracks e outras drogas que não conseguiram atendimento na rede pública de saúde ou concluíram que a atuação estatal para solução do problema é deficiente ou inexistente. Assim, em muitos casos, temendo pela vida de seus familiares, buscam a Defensoria Pública para que esta ajuíze demandas com o objetivo de internar compulsoriamente o usuário e que o Distrito Federal pague o tratamento. A fim de ilustrar essa realidade, a Defensoria Pública do Distrito Federal apresentou alguns relatos feitos por parentes de usuários de crack, podendo ser destacado o de uma mãe que há quatro anos buscava sem sucesso conseguir tratamento para o filho, *in verbis*:

"Carla enfrenta dificuldades para conseguir a internação involuntária do filho há quatro anos. Nesse tempo, ela procurou ajuda em conselhos tutelares, em delegacias, em hospitais, nos centros de atenção psicossocial (Caps) e no Adolescente. 'Depois de vender droga, o menino se viciou em crack. Aí, um dia, o meu filho ficou muito ruim, e eu o levei ao Hospital de Base. Sabe o que o médico falou para mim? Ele disse: 'Aqui, não é lugar de cuidar de drogado'. Implorei para internar o meu filho'". Defensoria Pública do DF aparece como

maior demanda de pedidos judiciais de internação compulsória. Assim, as famílias que têm recursos financeiros suficientes para pagarem pela internação involuntária recorrem às clínicas particulares que disponibilizam esse tratamento, restando para a população sem recursos financeiros suficientes o caminho judicial para obter o tratamento compulsório³⁷⁶.

Noutro giro, no que diz respeito aos usuários de crack em situação de rua, é comum que eles tenham perdido os vínculos familiares³⁷⁷ e de amizades, de modo que não podem contar com uma rede de proteção formada por pessoas que lhes são próximas. Isso é ainda mais certo nos casos em que os familiares e os conhecidos perdem o contato e não sabem do paradeiro do usuário, que ao buscar as ruas rompe, conscientemente ou não, os vínculos que mantinha com os antigos núcleos de relacionamentos.

No que diz respeito ao Programa Recomeço, em resposta à consulta realizada com base na Lei de Informação, no qual se questionou se a internação compulsória seria a principal alternativa terapêutica, foi informado pela Coordenação de Políticas sobre Drogas (COED), que integra a Secretaria do Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo, que o referido programa preconiza a internação/acolhimento voluntário dos usuários de crack que se encontram em situação de vulnerabilidade.

O filtro existente antes da remessa dos casos para a internação compulsória aparentemente parece funcionar em relação à realidade paulistana, afinal, de acordo com informações prestadas pelo Programa Recomeço em resposta à consulta realizada, no balanço de dois anos do

recurso final para famílias de dependentes químicos. Disponível em: <<http://www.defensoria.df.gov.br/?p=8830>>. Acesso em: 12 set. 2015.

³⁷⁶ Corroborar a presente afirmação matéria publicada no jornal *Correio Braziliense*, que destaca: “Uma decisão liminar da 5ª Vara da Fazenda Pública determina que o Distrito Federal promova a internação obrigatória de um usuário de drogas em instituição pública especializada no tratamento de dependentes químicos. Ao ingressar com a ação, a família do homem informa que todos os tratamentos alternativos extra-hospitalares já foram tentados e alega que a saúde e a vida do autor se encontram sob risco iminente.” INTERNAÇÃO compulsória. *Correio Braziliense*, Brasília, 03 out. 2013. Cidade, p. 23.

³⁷⁷ “Em relação à ausência de relacionamento com os pais, a situação complica-se com o avanço da dependência química gerada pelo uso de crack, em que a ruptura do caráter leva o usuário a utilizar-se de manobras ilícitas, na relação com a família: a mentira recorrente, os roubos praticados dentro de casa e violência são relatos comuns entre os dependentes. Com isso, ocorre a perda da referência com a família, com o trabalho e com a escola; situação verificada na maioria dos casos estudados.” SELEGHIM, Maycon Rogério et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, set./out. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015..

programa, que engloba o período compreendido entre janeiro de 2013 e janeiro de 2015, o número de internações voluntárias e involuntárias foram, respectivamente, de 4.128 e 714 dependentes químicos, enquanto que as internações compulsórias se limitaram a apenas 11 pessoas.

4.1.2 Definição dos atores que atuam na fase anterior à internação compulsória

Restando como necessário o recurso terapêutico da internação compulsória, deve-se definir a quem caberá a responsabilidade de dar início ao processo judicial, apresentando o caso do usuário dependente químico em crack e que se encontra em situação de rua para a análise do magistrado competente, de modo que, atendidas as exigências legais, seja deferida a internação compulsória. De pronto, entende-se salutar que o Judiciário não assuma qualquer incumbência em momento anterior ao ajuizamento do feito, sob.

Do contrário, poderiam ocorrer conflitos de interesses e comprometimento da imparcialidade, ainda que não conscientemente. Nesse sentido, parece mais adequado que não só o magistrado, mas o corpo técnico do tribunal se mantenha afastado da questão até que esta comece a ser discutida no âmbito do processo judicial. Aliás, no que se refere aos serviços do judiciário, esse distanciamento é ainda mais aconselhável em relação aos profissionais que serão responsáveis pela elaboração de avaliações e laudos técnicos que auxiliarão o magistrado no momento de proferir a decisão.

De igual modo, ainda que legalmente o Ministério Público esteja autorizado a formular pedido de internação compulsória de usuários de crack em situação de rua, especialmente nos processos que buscam velar pelos interesses dos incapazes, entende-se que isso não seria o ideal no caso de políticas públicas como a Programa Recomeço, que está estruturada para atender todos os casos de dependência e dá os encaminhamentos necessários, contando para isso com equipes especializadas, sobretudo na área de saúde e de assistência social .

É claro que em certos casos específicos o *parquet* não apenas pode, mas deverá fazê-lo, pois o incapaz não deve ser exposto a riscos. No entanto, como no caso do Judiciário, existindo alternativa que efetivamente garanta a

proteção dos usuários no âmbito de uma política pública direcionadas à população de rua, como é o caso do Programa Recomeço, a atuação do Ministério Público chamando para si a incumbência de ajuizar o pedido de internação compulsória não é a melhor opção.

Isso não significa que o Ministério Público será alijado do processo no qual se pleiteia decisão que autorize o tratamento, mas sim que será garantida a necessária equidistância para que possa analisar os argumentos favoráveis à internação e aqueles que se opõem, podendo velar para que os interesses do usuário incapaz sejam protegidos, o que tanto poderá ocorrer por intermédio de uma manifestação favorável ao tratamento, como por manifestação contrária, a depender do caso concreto³⁷⁸.

É importante destacar que a atuação do Ministério Público não estará limitada ao processo judicial, muito pelo contrário, sua atuação extrajudicial terá grande importância para que a política pública cumpra o papel de atender as necessidades específicas de cada usuário, não apenas no que se refere à saúde e à assistência social, mas a todos os serviços públicos que se façam necessário à concretização de políticas públicas³⁷⁹.

A verdade é que o Estado possui em sua estrutura administrativa e em seu quadro de servidores públicos os profissionais capacitados e os órgãos com as atribuições necessárias para assumirem essa incumbência com maior desvelo. Por isso, parece mais lógico e sensato que a atribuição de indicar ao Judiciário quais os dependentes químicos em crack, ou qualquer outra droga,

³⁷⁸ Em resposta a consulta feita com fundamento na Lei de Informação, a Dra. Fernanda Dolce, titular da 14ª Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude da Capital, com atuação no Anexo Judiciário do CRATOD, fez questão de frisar que, “ desde que observados os limites da Lei 10.216/01, sempre como medida excepcional, como ato médico (respaldada por laudo médico), não sou contrária à internação, quer seja voluntária, quer seja involuntária, quer seja compulsória.”

³⁷⁹ “Em linhas gerais, o MP é uma instituição dinâmica de garantia e efetivação de direitos, haja vista não precisar ser provocado para atuar em prol de sua concretização. Principalmente em relação aos direitos prestacionais, isto é, direitos que exigem a atuação do Estado para concretizá-los por meio de políticas públicas, a possibilidade de agir independentemente de provocação possibilitou ao MP ocupar um espaço singular no plano da efetivação de direitos. No caso da saúde, a título de exemplo, a falta de medicamentos nos postos, a insuficiência de leitos nos hospitais, os custos dos tratamentos de alta complexidade e as deficiências nas políticas públicas se constituem como desafios e problemas sensíveis. Tais problemas, em virtude de sua forte associação ao direito à vida, primam por soluções céleres, o que amplia a relevância da atuação do Ministério Público nessa seara.” ASENSI, Felipe Dutra. *Indo além da judicialização: o ministério público e a saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2010, p. 64-65.

que não são passíveis de tratamento ambulatorial ou que não se enquadram nas demais modalidades de internação, que não seja a compulsória, seja conferida aos profissionais dos serviços socioassistenciais ou àqueles pertencentes aos serviços de saúde³⁸⁰, cuidando em relação a estes últimos que não sejam os responsáveis pelos laudos médicos que embasarão os processos.

Isso é ainda mais verdadeiro ao se compreender que no dia-a-dia das ruas, a presença constante e próxima aos usuários que vivem nelas, sobretudo daqueles reunidos em cracolândias, é dos profissionais listados acima. Logo, são esses profissionais que poderão verificar com maior cuidado e precisão as especificidades e as necessidades inerentes a cada um dos usuários que encontram, auxiliando e orientando os mais receptivos para os tratamentos adequados e observando quem realmente apresenta quadro de saúde que possa ser enquadrado nas hipóteses de internação compulsória³⁸¹.

Em realidade, no que diz respeito aos usuários de crack em situação de rua, há uma conjugação de esforços, pois é bastante comum que os primeiros contatos sejam feitos pelos assistentes sociais, que a partir de uma avaliação prévia direcionarão os usuários para os serviços públicos adequados. Assim, é normal que o usuário de crack chegue ao profissional de saúde por intermédio do assistente social.

No caso da política pública desenvolvida pelo governo do Estado de São Paulo, que conta atualmente com aproximadamente 200 profissionais das áreas de saúde e assistência social, conforme informação prestada pela Coordenação de Políticas sobre Drogas³⁸², o usuário de crack é levado de

³⁸⁰ É necessário ressaltar que a internação compulsória é vista como algo a ser evitada pela maioria dos profissionais de saúde e de serviços sociais, sofrendo forte rejeição, sobretudo, quando integra programa de internação de usuários de drogas em situação de rua. Por isso, como amplamente discutido neste trabalho, a opção por esse tratamento será marginal, apenas para casos em que não haja qualquer possibilidade de se oferecer outras alternativas de tratamentos. Consequentemente, nada melhor do que integrar esses profissionais às políticas públicas de enfrentamento ao crack, o que aumenta a chance de que as internações compulsórias somente sejam aplicadas quando realmente forem necessárias.

³⁸¹ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 457-465, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 jun. 2015.

³⁸² Em resposta aos questionamentos formulados com base na Lei de Informação, o Programa Recomeço informou, em 10 de setembro de 2015, que a política pública conta com

maneira voluntária ao CRATOD pelo assistente social que o abordou nas ruas, ocasião em que se submeterá a avaliação médica, que poderá concluir pela necessidade da internação.

Competirá aos profissionais de saúde dá início ao processo judicial³⁸³, cuja decisão precisa ser proferida o mais rápido possível, pois não há como manter o usuário contra a vontade dele. Assim, em nenhuma hipótese o usuário poderá ser constrangido a permanecer no local, podendo se retirar quando assim deseja, a não ser que seja proferida a decisão que determine a internação compulsória.

4.2 A internação compulsória como recurso necessário: compatibilização entre os interesses dos usuários de crack e as normas de regência

Detectados os casos que somente poderão ser tratados por intermédio da internação compulsória, deverá se tomar os cuidados necessários para que os requisitos legais sejam observados e o tratamento possa ser aplicado.

Por isso, não basta a existência de autorização judicial, fazendo-se necessário compreender que o tratamento somente se justificará no limite do tempo necessário ao resgate da autonomia do dependente químico, momento a partir do qual deverá ser chamado a decidir sobre a continuação do tratamento e sobre os recursos terapêuticos a serem implementados.

No presente tópico será dada atenção não apenas a fase judicial, mas a temas que estão relacionados à discussão processual da internação compulsória, destacando-se ao final as alterações que serão introduzidas partir da entrada em vigor do novo Código de Processo Civil e do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

aproximadamente 200 profissionais das áreas de saúde e assistência social, divididos entre médicos psiquiatras, dentista, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas, conselheiros em dependência química, consultores e técnicos de referência

³⁸³ No portal eletrônico do Estado de São Paulo, consta algumas perguntas e repostas sobre o Programa Recomeço. Entre as dúvidas respondidas, encontra-se a resposta sobre a quem caberá a atribuição de dar início ao processo judicial. No caso, verifica-se que, “se a indicação médica for pela internação compulsória, em muitos casos a demora na emissão da ordem judicial impede a equipe médica de manter o paciente no local. O processo continuará a ser iniciado pelos agentes de saúde, da mesma maneira como ocorria antes. A diferença é que, agora, representantes do Judiciário farão plantão em um equipamento médico.” Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>>. Acesso em: 18 set. 2015.

4.2.1 A decisão judicial como filtro dos casos de internação compulsória

De maneira concreta, no que se refere aos casos de dependência com indicação de internação, registra-se que o Estado de São Paulo apresentou um modelo em que os atores que atuam na demanda judicial estão mais próximos e as etapas necessárias à decisão judicial ocorrem de maneira mais célere. Não sendo, talvez, o modelo ideal, tem a virtude de estruturar uma sistemática que pode ser adotada por outras políticas públicas semelhantes, sobretudo por garantir que os usuários de crack em situação de rua que demandem o tratamento tenham uma solução célere, evitando-se que pessoas que precisem do tratamento compulsória retornem às ruas por falta de agilidade na resposta processual.

Assim ao formular o Programa Recomeço, o governo paulista cuidou de firmar três termos de cooperação técnica, possibilitando com isso a instalação de um anexo do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo nas dependências do CRATOD, passando a funcionar no local um plantão do Judiciário especificamente para os casos relacionados às internações de dependentes químicos. Com isso, passaram a atuar no plantão a seccional paulista da Ordem dos Advogados do Brasil, o Ministério Público do Estado de São Paulo e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, tornado o procedimento relativo à internação compulsória mais célere e menos complexa, sobretudo no que diz respeito aos procedimentos judiciais³⁸⁴.

Inegavelmente, tornou-se bem mais simplificado e rápido o processo que começa nas ruas com os assistentes sociais e os profissionais de saúde³⁸⁵ verificando quem são as pessoas e suas necessidades, entre as quais aquelas que enquadraram como passíveis de serem internados compulsoriamente,

³⁸⁴ No portal eletrônico do Programa Recomeço, consta a informação de que essa política pública é uma iniciativa do Estado de São Paulo, em que ações são coordenadas pelas Secretarias Estaduais da Saúde, do Desenvolvimento Social e da Justiça e Defesa da Cidadania. Além disso, “o trabalho também é integrado com o Poder Judiciário, com a participação do Ministério Público, da Defensoria Pública e da Ordem dos Advogados do Brasil, que acompanham os trabalhos e os casos que precisam do apoio ou intervenção destes organismos.” Disponível em: <<http://programarecomeco.sp.gov.br/sobre-o-programa/>>. Acessado em 09 jun. 2015.

³⁸⁵ No portal eletrônico do programa, consta a informação de que é feita uma avaliação prévia do dependente químico por profissionais de saúde e, caso necessário, o médico formaliza o pedido pelo médico. Disponível em: <<http://programarecomeco.sp.gov.br/sobre-o-programa/>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

passando pelo ajuizamento do feito e pela decisão judicial no plantão judicial, permitindo que a internação seja efetivada de maneira célere, prosseguindo o processo em seu curso normal, o que exige que seja enviado para o juízo competente.

Entende-se que o Programa Recomeço tem a virtude de aproximar e facilitar a atuação dos atores necessários ao processo judicial no qual se busca a autorização para se proceder a internação compulsória. E mais do que isso, conecta-se desde os profissionais que atuam nas ruas junto aos usuários de crack até os profissionais de saúde que desenvolverão o tratamento médico. E entre as duas pontas, encontram-se uma estrutura³⁸⁶ formada pela Defensoria Pública, advogados, Ministério Público e Judiciário³⁸⁷.

Ressalta-se que a atuação dos atores que participam do processo judicial deve se pautar pelo entendimento de que a internação compulsória só terá sentido se estiver respaldada em indicação médica³⁸⁸, de maneira que não

³⁸⁶ “Na tentativa de proporcionar uma “luz no fim do túnel” para usuários e familiares, o Tribunal de Justiça de São Paulo inaugurou, em janeiro de 2013, o Anexo Judiciário das Varas de Família, Fazenda Pública e Infância e Juventude da Capital, no prédio do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Cratod), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (rua Prates, 165, Bom Retiro).

Instalado na região conhecida como Cracolândia, o Cratod presta atendimento multidisciplinar a dependentes químicos e o Anexo Judiciário em funcionamento no local disponibiliza prestação jurisdicional em casos de urgência para o auxílio a usuários que se encontrem, total ou parcialmente, privados de suas faculdades mentais em razão do uso de drogas – sejam elas lícitas ou não.

A iniciativa é fruto de Termo de Cooperação Técnica firmado com o Governo do Estado e conta com as parcerias do Ministério Público, da Ordem dos Advogados do Brasil e da Defensoria Pública”. SÃO PAULO (Estado). Anexo judiciário no CRATOD completa dois anos de atividades: Setor disponibiliza prestação jurisdicional em casos de urgência para o auxílio a usuários de drogas. Diário de Justiça Eletrônico do Estado São Paulo. São Paulo, SP, 14 jan. 2015. Caderno 1, p. 1. Disponível em: <<https://www.dje.tjsp.jus.br>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

³⁸⁷ Importante esclarecer que proferida a decisão pelo juiz plantonista em atuação no anexo judiciário localizado no CRATOD e cumpridas as diligências necessárias à execução da ordem judicial, o processo será encaminhado para a distribuição no foro competente, para que o feito siga a tramitação normal. Nestes termos, dispõe o § 2º do art1º do Provimento CSM nº 2.026/2013, que criou o referido anexo judiciário:

“Artigo 1º - Criar o Anexo Judiciário das Varas de Família, Fazenda Pública e Infância e Juventude da Capital para apreciação de tutelas de urgência que visem resguardar a vida, a saúde e a dignidade de dependentes químicos, de conformidade com o previsto na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.

[...]

§ 2º - Resolvidas as diligências necessárias à execução da ordem judicial, o expediente será encaminhado à distribuição no foro competente para a continuidade da prestação jurisdicional.”

Diário de Justiça do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, 21 jan. 2013. Caderno 1, p. 2-3.

³⁸⁸ Ao se analisar a questão da internação compulsória de usuários de crack, percebe-se que não há muita dificuldade para se obter artigos e trabalhos acadêmicos com críticas negativas

parece acertada decisão proferida em sentido contrário à avaliação de um profissional de saúde. Por isso, diante de uma manifestação médica que desperte dúvidas ao magistrado³⁸⁹, não há qualquer impedimento legal que o impeça de determinar a realização de outra avaliação médica, a fim de colher nova opinião a partir da avaliação feita por outros profissionais médicos com competência para tanto. Isso não significa que o magistrado deverá acionar tantos profissionais quanto sejam necessários para que consiga uma avaliação que seja compatível com seu próprio entendimento.

A internação compulsória aplica-se como exceção aos casos mais graves para os quais não são indicadas ou se esgotaram as demais alternativas terapêuticas. Por óbvio, os usuários de crack que demandam o tratamento não têm condições de se autodeterminarem, pois se tivessem não seria caso de tratamento compulsório, mas, quando muito, voluntário. Nesse contexto, em que há necessidade de uma resposta rápida, mas resguardando-se os direitos dos usuários de crack, a opção paulista materializada no Anexo Judiciário do CRATOD mostra-se acertada.

É importante registrar que o Anexo Judiciário do CRATOD atua como um plantão judiciário, possibilitando que os casos de internações compulsórias sejam analisados assim que apresentados, sem que isso signifique ofensa ao juízo natural. Por isso mesmo, feita a análise inicial da questão e proferida a

à atuação do Judiciário, apontando que este seria responsável por parte dos problemas decorrentes da aplicação equivocada do tratamento. Por isso, chama atenção o artigo elaborado por Mônica Ribeiro de Souza Paukoski, no qual aponta que o Judiciário (Estado de São Paulo) cumpre seu papel a partir de demandas da área de saúde, que não apenas diagnóstica o problema, mas indica a solução. De acordo com a autor, “a necessidade de contenção é e sempre foi ditada pela própria área da Saúde. Nestes anos todos, nós estivemos em permanente contato com a Secretaria de Estado da Saúde. Não foram os juízes que inventaram que o atendimento especial ao transtorno de personalidade deve ser feito sob contenção. Todas as nossas decisões são baseadas em laudos e perícias médicas elaboradas por órgãos do Estado.” PAUKOSKI, Mônica Ribeiro de Souza. Interface da saúde mental em questão de justiça e o ponto de vista do Poder Judiciário paulista. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.), *Caderno Temático – Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas*. São Paulo, v. 12, p. 15-20, 2011.

³⁸⁹ “Causa estranheza a nós, do Poder Judiciário, a fala atual da Secretaria da Saúde no sentido de que o tratamento sob contenção na Unidade Experimental de Saúde derivaria do “entendimento dos juízes”. Este entendimento não partiu de nós. Nós nos respaldamos nos laudos e perícias médicas. Em todos estes anos, desde 2003, tanto a Fundação Casa como a Secretária da Saúde sempre anuíram que a Unidade era para tratamento e não para simplesmente conter.” PAUKOSKI, Mônica Ribeiro de Souza. Interface da saúde mental em questão de justiça e o ponto de vista do Poder Judiciário paulista. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.), *Caderno Temático – Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas*. São Paulo, v. 12, p. 15-20, 2011.

decisão liminar, é imprescindível que os autos processo sejam remetidos ao juízo competente³⁹⁰, a quem caberá dar prosseguimento ao trâmite processual.

A competência para os casos de internações compulsórias relacionadas a usuários de crack e outras drogas é da vara de família, uma vez que a fundamentação é calcada no fato de o usuário não reunir condições para gerir a própria existência. Registra-se que a decisão não deverá estipular o prazo de tratamento, pois isso cabe ao profissional de saúde competente durante o curso da internação. Importa destacar que naqueles casos envolvendo crianças e adolescentes o processo tramitará na vara da infância e juventude³⁹¹.

Há situações em que o pedido de internação compulsória tem muito mais o objetivo de conseguir vaga no sistema público de saúde ou de que seja paga a internação feita em estabelecimento particular do que a própria determinação de internação compulsória. Nesses casos, em que o pedido pretende fixar a obrigação estatal de prestar ou pagar o referido tratamento

³⁹⁰ Em resposta a questionamento feito por intermédio de mensagem eletrônica, a Dra. Fernanda Dolce, titular da 14ª Promotora de Justiça da Infância e da Juventude da Capital, atualmente responsável pelo plantão do Cratod, aponta que o Anexo Judiciário do Cratod, tem competência apenas para a comarca da capital paulista, “ para apreciar tutelas de urgência, que visem resguardar a vida, a saúde e a dignidade de dependentes químicos, de conformidade com o previsto na Lei n. 10.216/13, sem exclusão do juiz natural e do juízo competente, onde se dá prosseguimento à prestação jurisdicional, com a remessa do expediente.

Portanto, o Anexo do Cratod não exclui a competência das Varas de Infância e da Juventude para examinar e decidir a respeito de eventuais pedidos de internação para tratamento da drogadição.”

³⁹¹ Nos casos dos menores dependentes químicos que estejam internados provisoriamente em decorrência de suposta prática de algum ato infracional ou cumprindo medida socioeducativa de liberdade assistida, o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Território decidiu que a competência para determinar a internação para tratamento da dependência química será da Vara de Execuções de Medidas Socioeducativas. Acórdão n.º 826440, 20140020261447CCR, Relator: JOÃO BATISTA TEIXEIRA, Câmara Criminal, Data de Julgamento: 20/10/2014, Publicado no DJE: 22/10/2014. Pág.: 120 BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. PROCESSO PENAL. CONFLITO NEGATIVO DE JURISDIÇÃO. AÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA. DIREITO À SAÚDE. COMPETÊNCIA DO JUÍZO DA EXECUÇÃO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS.

1. A atenção integral à saúde do adolescente que cumpre medida socioeducativa, para além da concretização de um direito previsto expressamente nos arts. 6º e 196 da Constituição Federal, é dever do Juízo responsável pela execução de tais medidas, conforme imposto pelos arts. 49, inciso VII; 54, inciso VI; e 60, incisos III e V, todos da Lei nº 12.594/2012.
2. Por influenciar diretamente no cumprimento da medida socioeducativa imposta ao adolescente requerente da Ação de Internação Compulsória, esta deve ser processada e julgada pelo Juízo da Vara de Execução de Medidas Socioeducativas.
3. Conflito conhecido para declarar competente o Juízo da Vara de Execução de Medidas Socioeducativas. Acórdão em ação rescisória n. 75-RJ. Manoel da Silva Abreu e Estado do Rio de Janeiro. Relator: Ministro Barros Monteiro. DJ, 20 nov. 1989. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, São Paulo, v.2, n. 5, jan. 1990, p.7-14

médico, a competência para o feito será na vara de fazenda pública.

No caso de São Paulo, por existir política pública que não só disponibiliza as vagas para a internação compulsória dos usuários de crack em situação de rua, mas também disponibilizar a estrutura do Anexo Judiciário do Cratod, não há que se falar na determinação para que o Estado forneça as vagas, pois as vagas são ofertadas a partir da decisão que autoriza a internação. Logo, a competência para a análise e decisão final nos processos analisados no plantão será da vara de família competente ou do juizado de da infância e da juventude.

De qualquer sorte, não há como negar que as decisões judiciais relativas aos casos de internações compulsórias nem sempre observam os requisitos exigidos pela Lei nº 10.216/2001, adotando-se entendimentos contrários à indicação médica ou para o qual não haja nem mesmo qualquer manifestação de algum profissional de saúde competente³⁹². Com isso, além de contrariar a determinação legal, o magistrado acaba adotando entendimento que poderá se mostrar prejudicial ao dependente químico, imiscuindo-se em questão técnica para o qual não tem preparo e/ou competência.

A internação compulsória não se presta ao papel de proteção da integridade física do usuário de drogas, afastando dos perigos representados por outros usuários e traficantes³⁹³. De igual modo, não deverá ser utilizado

³⁹² Não chega a ser incomum determinações judiciais para o tratamento compulsória sem respaldo em indicação médica, fundamentando quando muito na possibilidade de um risco à saúde ou com base apenas no risco à segurança do usuário ou de seus familiares, motivos estes que não encontram respaldo na legislação de regência.

Em sintomática decisão proferida pela justiça paulista, observa-se exatamente a situação aqui descrita, *in litteris*:

“AGRAVO DE INSTRUMENTO INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA Insurgência contra o indeferimento do pedido de antecipação dos efeitos da tutela requerida a fim de determinar a internação compulsória de pessoa portadora de perturbação mental decorrente de dependência química – Decisão fundamentada – Ausência dos requisitos autorizadores da medida - Ato de livre convicção do Magistrado – Não constatado caso de ilegalidade ou de abuso de poder – Internação compulsória é medida extrema, devendo a necessidade de seu deferimento estar amparado por provas concretas de risco à saúde do dependente químico e da segurança da família – Decisão mantida – Negado provimento ao recurso.”

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Agravo nº 2021291-37.2014.8.26.0000. Agravante: José Carlos Oliveira. Agravados: Sheila Cristina Marcelino, Município De Limeira E Fazenda Pública Do Estado De São Paulo. Relator: Rubens Rihl. São Paulo, 03 de abril de 2014.

³⁹³ Não raro os familiares se valem de pedidos de internação compulsória com o intuito de proteger parente que padece de dependência química de crack ou outra droga. Isso é bastante comum quando o familiar passa a ser perseguido por traficantes ou por outros usuários, assim como também é comum quando a violência é praticada pelo dependente químico contra os próprios familiares. Nesses casos, há inegável desvirtuamento da

para a proteção dos familiares ou das pessoas próximas ao usuário.

No entanto, o entendimento firmado no último parágrafo deverá ser analisado com cuidado, sob pena de se cometer equívoco e se negar tratamento a quem efetivamente precise dele. Com feito, a utilização da internação compulsória como forma de proteção do dependente químico ou dos familiares não encontrará respaldo na Lei nº 10.216/2001 quando não houver indicação médica, sobretudo quando o usuário de droga puder se autodeterminar e decidir sobre qual tratamento pretende se submeter.

Por consequência, naqueles casos em que há indicação médica para a internação compulsória, a violência praticada contra os familiares e o risco à integridade do usuário apenas reforçam a necessidade da internação compulsória. Registra-se, a internação compulsória não está calcada na violência contra o usuário ou deste contra seus familiares, mas na indicação médica, de modo que aquelas duas situações apontadas apenas reafirmarão a necessidade do tratamento³⁹⁴.

Assim, o usuário de crack somente será levado a tratamento compulsório se a dependência química resultar em enfermidade mental, na qual, segundo Daniel Martins de Barros e Antonio de Pádua Serafim, estejam presentes sintomas bem característicos, tais como: a falta de entendimento sobre a própria realidade, quadro psicótico grave, delírios e alucinações, depressão com risco de suicídio³⁹⁵, entre outros.

Uma coisa é certa, a internação compulsória de usuários de crack em situação de rua por ser uma medida extrema, em que há inegavelmente a limitação da liberdade de ir, vir e ficar, o que somente se justifica por não reunir

internação compulsória, que deixa de ter exclusivo caráter terapêutico para também assumir a função de proteger o usuário ou os familiares deste.

³⁹⁴ Em debate promovido pela OAB/DF e Câmara Legislativa do Distrito Federal sobre as internações compulsórias, no dia 01 de abril de 2013, Iléo Izídio da Costa, Coordenador do Centro Regional de Referência para o Enfrentamento do Crack e Outras Drogas da UnB corrobora o entendimento acima firmado, apontando que “a meta de toda internação é intervir na crise (qual é a crise de muitos dos drogaditos que estão na rua?) e controlá-la a fim de estabilizar os pacientes gravemente doentes e garantir a sua segurança e das outras pessoas.” Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/downloads/ATT00013.pdf>>. Acesso: 19 set. 2015.

³⁹⁵ BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Revista Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 36, n. 4, p. 175-177, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000400008&lng=en&nrm=I>. Acesso em 22 mai. 2015.

condições de se autodeterminar, não poderá ser aplicada quando for recobrado o discernimento e a capacidade de decisão do dependente químico, que poderá se manifestar em sentido contrário, ou não, em relação aos tratamentos que deverá se submeter.

De qualquer sorte, dentro dos parâmetros traçados pela legislação de regência, para que a decisão seja favorável, faz-se necessária a apresentação de laudos médicos, relatórios sociais e a existência de contraditório, de modo que ao final seja demonstrada a necessidade da internação. No caso do plantão Judiciário do CRATOD, o Ministério Público adota como regra a entrevista da parte por um promotor público³⁹⁶, o que apenas ratifica o quanto é difícil o caminho que leva à internação compulsória, lógico, quando a norma de regência é observada e respeitada.

A partir do ajuizamento do feito, passam a atuar no processo defensores público ou advogados indicados pela OAB/SP, estabelecendo o necessário contraditório que permitirá velar pelos direitos do usuário que se pretende internar compulsoriamente.

Por fim, o magistrado analisará não apenas os fatos narrados na inicial, mais as provas carreadas aos autos, além da defesa feita em nome do requerido contra o qual pesa o pedido de internação compulsória, proferindo decisão liminar, que no caso de ser favorável, garantirá a efetivação da internação compulsória, mas que não porá fim ao processo, devendo este ser encaminhado ao juízo competente.

A decisão judicial é o derradeiro filtro de proteção à autonomia e liberdade dos usuários de crack em situação de rua antes da internação. Ela cumpre o papel de evitar que aqueles casos que não atendam os requisitos legais e médico sejam submetidos ao referido tratamento, situação essa que inevitavelmente seria ofensiva à dignidade do usuário e não levaria em consideração a autodeterminação dele.

Importa ressaltar que, de acordo com o próprio Tribunal de Justiça de São Paulo, no período de dois anos de existência, o Anexo Judiciário do

³⁹⁶ Em mensagem eletrônica, a Dra. Fernanda Dolce, titular da 14ª Promotora de Justiça da Infância e da Juventude da Capital, atualmente responsável pelo plantão do Cratod, informa que “nos casos das internações compulsórias, no Anexo, além dos laudos médicos também foram apresentados relatórios sociais e o promotor de justiça conversou com os pacientes”.

CRATOD contabilizou mais de 1,4 mil (mil e quatrocentos) atendimentos, que deram origem a 434 (quatrocentos e trinta e quatro) processos judiciais, dos quais resultaram 18 (dezoito) internações compulsórias. Consequentemente, do universo de atendimentos feitos, menos de 1,3% (um vírgula três por cento) dos casos foi submetido a tratamento compulsória³⁹⁷.

É certo que a simples informação sobre o número de internações compulsória decidida no Anexo Judiciário do CRATOD não é suficiente para ter a certeza absoluta se o Programa Recomeço atende os preceitos da Lei nº 10.216/2001 ou se promove injustificadamente a internação compulsória de usuário de crack e demais drogas em situação de rua. No entanto, os números apresentados no decorrer de dois anos são proporcionalmente tão pequenos em relação ao número de pessoas atendidas, que não é possível concluir pela existência de internação compulsória em massa, risco esse que aparece em muitas das críticas ao programa.

De igual modo, é possível concluir que o processo judicial necessário para que o dependente químico seja internado compulsoriamente se mostra um filtro bastante interessante, ficando claro pelos números que o mero ajuizamento do pedido não é garantia de decisão favorável, tanto assim que apenas uma parcela pequena dos casos teve decisão favorável.

4.2.2 Processo judicial relativo à internação compulsória. Capacidade e interdição.

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro por força do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008³⁹⁸ e pelo Decreto Executivo nº 6.949, de 25 de agosto de 2009³⁹⁹. No entanto, no que se refere ao tratamento dado às pessoas com

³⁹⁷ SÃO PAULO (Estado). Anexo judiciário no CRATOD completa dois anos de atividades: Setor disponibiliza prestação jurisdicional em casos de urgência para o auxílio a usuários de drogas. Diário de Justiça Eletrônico do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, 14 jan. 2015. Caderno 1, p. 1. Disponível em: <<https://www.dje.tjsp.jus.br>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

³⁹⁸ BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jul. 2008. Seção 1, p. 1.

³⁹⁹ BRASIL. Decreto Executivo nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo,

deficiência mentais, entre os quais as decorrentes do consumo de drogas, pouco ou nada representou, situação essa que será profundamente alterada a partir da vigência da Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Nesse sentido, com base na atual redação do Código Civil, verifica-se o artigo 4º, inciso II⁴⁰⁰ aponta os viciados em tóxicos como relativamente incapazes. Deve-se ater que nem todo usuário de drogas tem a sua capacidade de entendimento e de decisão reduzida. De qualquer forma, quando isso ocorrer, mas for mantido parte do discernimento e da capacidade de autodeterminação, não há que se falar na possibilidade de internação compulsória, mas sim de internação voluntária, cuja decisão deverá partir do próprio usuário de droga.

Venosa aponta que em alguns casos a dependência química é de tal monta que há uma inibição completa da compreensão sobre os fatos da vida, configurando-se nesses casos a incapacidade absoluta. Logo, quando isso ocorrer, a depender da situação, o enquadramento legal será dado pelos incisos II ou III do artigo 3º, do Código Civil⁴⁰¹.

Com efeito, a partir da lição de Caio Mário da Silva Pereira⁴⁰², estabelece-se uma relação de causa e efeito, na qual diante da incapacidade absoluta do dependente químico, não há que se falar na existência de requisitos materiais para que a pessoa possa atuar com autonomia na vida civil, o que leva a ordem jurídica a nega-lhe a autodeterminação. Há a perda da capacidade de fato, mantendo-se a capacidade de direito.

Dá a importância de os profissionais de saúde designados para o atendimento de usuários de crack em situação de rua, ao realizarem as avaliações médicas, verificarem se houve ou não comprometimento absoluto da capacidade de entendimento e de decisão. Afinal, a internação compulsória e a incapacidade absoluta estão interligadas, por isso, para que alguém seja

assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Seção 1, p. 3.

⁴⁰⁰ Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: [...]

II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;” BRASIL. Código civil: Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 6. ed. Brasília: Edições Câmara, 2014, p. 17.

⁴⁰¹ VENOSA, Sílvio de Salvo. *Código civil interpretado*. São Paulo: Atlas, 2010, p. 4-8.

⁴⁰² PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de direito civil*. v. 1. Rio de Janeiro: Forense, 2014, p. 224.

internado por determinação judicial, não poderá ser capaz de gerir a própria vida, logo, não basta a existência de deficiência mental, é imprescindível que tenha perdido a capacidade de se autodeterminar⁴⁰³. Caso possa fazê-lo com o auxílio de outra pessoa, que o assiste, estará vedada a internação compulsória, pois o usuário será capaz, ainda que relativamente, de decidir se quer ou não se trata e qual o tratamento a que se submeterá.

Ante a incapacidade absoluta do usuário de crack, surge a dúvida sobre a necessidade de se proceder, ou não, a interdição daqueles que deverão ser submetidos ao tratamento compulsório. A resposta para essa dúvida passa necessariamente pela compreensão do instituto.

A interdição é medida extrema, que atingem direitos e garantias fundamentais, entre os quais a liberdade de se autodeterminar. Não é por outro motivo que Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald defendem que a “interdição deve estar fundada na proteção da dignidade do próprio interditando, e não de terceiros, sejam parentes ou não”⁴⁰⁴.

Isso leva à conclusão de que a interdição deverá está fundada na proteção dos interesses do próprio interditando, não apenas aqueles patrimoniais, mas, sobretudo, os existenciais. A consequência disso é que a interdição não encontrará justificativa quando se mostra prejudicial àquele que se pretende interditar⁴⁰⁵.

Por conseguinte, no que diz respeito aos casos de internação compulsória de usuários de crack em situação de rua, deverá se analisar se é o caso de se requerer a interdição. A resposta para essa dúvida passa pela análise da necessidade de se proteger, ou não, os interesses patrimoniais e existenciais do dependente químico por um curador.

Concluindo-se pela necessidade, caberá ao juiz ao determinar a interdição do incapaz nomear curador para velar pelos interesses do

⁴⁰³“para que seja possível a interdição, não basta a mera existência de enfermidade ou deficiência mental. É fundamental a caracterização da ausência de discernimento para a prática do ato. Essa caracterização é expressa, primeiramente, em linguagem médica.” MEDEIROS, Maria Bernadete de Moraes. *Interdição civil: proteção ou exclusão*. São Paulo: Cortez, 2007, p. 98.

⁴⁰⁴FARIAS, Cristiano de Farias; ROSENVALD, Nelson. *Direito civil: teoria geral*. 9. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 310.

⁴⁰⁵FARIAS, Cristiano de Farias; ROSENVALD, Nelson. *Direito civil: teoria geral*. 9. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 311.

interditado⁴⁰⁶. Nos casos dos usuários de crack em situação de rua, como já relatado antes, é comum que os laços familiares e de amizade tenham sido rompidos. O artigo 1.775 do Código Civil aponta solução para essas situações, determinando que caberá ao magistrado escolher alguém que possa assumir esse encargo⁴⁰⁷.

Isso obrigará o magistrado a ter que nomear como curador alguém sem maior ligação com o usuário. A nomeação do responsável pela entidade ou instituição que tratará o dependente químico parece ser uma das alternativas possíveis. Todavia, como o encargo é imposto diretamente à pessoa, têm-se algumas situações em que o dirigente é substituído por outro, que não assume automaticamente os encargos relativos à curadoria. A solução para tais casos é recorrer ao Judiciário para que profira nova decisão alterando o curador. Isso gera custos e dificuldades indesejadas.

Uma possível solução para isso se encontra no Projeto de Lei do Senado nº 276, de 2009, que propõe a alteração do § 3º do artigo 1775, do Código Civil, para que, na ausência de familiares, a escolha do curador recaia no titular do cargo ou função de dirigente da entidade responsável pelo tratamento do dependente químico em drogas⁴⁰⁸.

⁴⁰⁶ Art. 1.775. O cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito.

§1º Na falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto.

§ 2º Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos.

§ 3º Na falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador. BRASIL. Código civil: Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 6. ed. Brasília: Edições Câmara, 2014, p. 135.

⁴⁰⁷ "Contudo, não há efetivo rigor na ordem legal de nomeação do curador de pessoa interdita, existindo, tão somente, uma presunção de idoneidade e preferência para a indicação das pessoas declinadas no artigo 1.775 do Código Civil, mas cuja preferência não é de modo algum absoluta, tendo em vista prevalecerem os interesses supremos da pessoa interdita, cometendo ao juiz a faculdade de inverter a ordem de nomeação ou até de escolher terceiro, se concluir possa o terceiro desempenhar com maior eficiência as funções de curador". MADALENO, Rolf. *curso de direito de família*. 4. ed., Rio de Janeiro: Forense, 2011, p. 1.158.

⁴⁰⁸ O Projeto de Lei do Senado nº 276/2009, de iniciativa do Senador Flávio Arns altera o texto do § 3º do art. 1.775, do Código Civil, sob a justificativa de racionalização a nomeação de dirigentes de instituições e entidades que recebem, entre outros, os usuários de drogas. Para tanto, o parlamentar, dispõe o seguinte, *in litteris*:

"Art.1.775.....
.....

Essa opção não parece muito adequada nos casos de usuários de drogas que não tenham outra enfermidade mental que não seja a dependência química, sobretudo em relação aos usuários que se encontram em situação de rua, pois, estes, em regra, não apresentam patrimônio para ser gerido. De mais a mais, não apresentando nenhuma sequela decorrente do uso da droga ou outra enfermidade mental, no que se refere ao crack, após a desintoxicação o usuário recupera o discernimento e a capacidade de se autodeterminar, não parecendo acertado a manutenção na internação quando não houver concordância dele.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, a internação possibilitará a desintoxicação do usuário de crack no prazo de 7 a 14 dias⁴⁰⁹. A Associação Brasileira de Psiquiatria aponta que “a desintoxicação é uma abordagem de curta duração, e duas a quatro semanas”⁴¹⁰. Ainda que exista uma divergência entre o período necessário para a desintoxicação do usuário de crack, verifica-se que o período não é tão longo, de maneira que

§ 3º Na falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador, que, inclusive, poderá recair no titular de cargo ou função de dirigente de entidade que abrigue pessoa com deficiência, qualquer que seja a pessoa que o ocupe. (NR)

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei procura aprimorar a legislação civil, de modo a evitar que as entidades que abrigam pessoas com deficiências severas de desenvolvimento, em condição de longa permanência, tenham que ajuizar uma nova ação para cada interdito, toda vez que houver mudança de titulares de cargo ou função anteriormente designados curadores por decisão judicial.

Isso porque, consoante a atual sistemática legal, a Justiça nomeia como curador a ‘pessoa’ dos dirigentes de entidades que abrigam pessoas com deficiência abandonadas ou cujo pátrio poder dos pais foi suprido por decisão judicial, de modo que, quando esses dirigentes, por qualquer motivo, deixam o cargo, faz-se necessário ajuizar novas ações, para cada interdito, requerendo a substituição do curador pelo novo dirigente.

Com a alteração proposta, a nomeação do curador poderá recair na ‘pessoa que esteja ocupando o cargo ou função’ na entidade, contornando-se, assim, os entraves judiciais (necessários) impostos à regularização das situações acima apontadas.

Exemplificando, a legitimidade para ser curador recairia na pessoa que ocupa o cargo ou função, assemelhando-se, na esfera processual, à figura da autoridade coatora do mandado de segurança.” BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 276, de 8 de junho de 2009. Altera o § 3º do art. 1.775 do Código Civil para permitir que a nomeação de curador possa recair no ocupante de cargo ou função de dirigente de entidade que abrigue pessoa com deficiência. Diário do Senado Federal, Brasília, DF, 19 jun. 2009, p. 24.184.

⁴⁰⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso do crack. Disponível em: <www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf> Acesso em: 18 set. 2015.

⁴¹⁰ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 138-142, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&ing=en&ing=pt> Acesso em: 18 set. 2015.

rapidamente será restabelecida capacidade de entendimento e de decisão.

Neste contexto, não havendo interesses patrimoniais que precisem da proteção de um curador, ou enfermidade que exija maior tempo para o restabelecimento da autodeterminação, não parece justificada a interdição⁴¹¹ do usuário de crack que se encontra em situação de rua.

Assim, ao se formular uma política pública voltada para população de rua e que disponibilize a internação compulsória para os usuários de crack, deve-se tomar o cuidado de não apenas verificar quais casos contam com indicação médica para o referido tratamento, mas colher informações que possibilite apontar qual a solução judicial que se fará necessária, ou seja, apenas um processo em que se busque a autorização da internação compulsória ou processo que também decida sobre a interdição do dependente químico⁴¹².

4.3 O impacto das alterações promovidas pelo Novo Código Processo Civil e pela Lei nº 13.146/2015: a internação dos usuários de crack ante a nova realidade normativa

Com base nas normas de regência que estão em vigor, entende-se que apenas os usuários de crack absolutamente incapazes de gerir a própria vida poderão ser internados compulsoriamente, logicamente, atendidos os demais requisitos. Assim, na eventualidade do usuário ser relativamente capaz, poderá exercer sua autonomia e decidir o que é melhor para si. Caso decida pelo tratamento em regime hospitalar, não há que se falar em internação compulsória, mas em internação voluntária.

Com as recentes alterações legislativas promovidas pelo novo Código de Processo Civil e pela Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com

⁴¹¹ De acordo com a juíza titular da 1ª Vara de Família e Sucessões da Comarca de Goiânia “a internação (involuntária ou compulsória) não deve estar atrelada à interdição, pois esta é uma medida muito mais drástica que a internação”. COSTA, Sirley Martins. *A lei e a internação compulsória*, 2013. Disponível em: <asmego.org.br/2013/03/09/a-lei-a-internacao-compulsoria/> Acesso em: 19 set. 2015.

⁴¹² A Defensoria Pública do Distrito Federal aprovou enunciado que deixa claro que não há necessidade de se cumular pedidos de internação compulsória e interdição, a não ser que se faça necessário Nesse sentido, a Súmula nº 6/DPDF dispõe: “Para a internação compulsória, deve ser aferida a necessidade de prévia interdição do paciente, mesmo que parcial e temporária.” Disponível em: www.defensoria.df.gov.br/wp-content/uploads/2012/06/enunciados-turma-familia.pdf> Acesso: 19 set. 2015.

Deficiência), o tratamento jurídico dado às pessoas com deficiência modificou-se e com isso, na opinião de Flávio Tartuce⁴¹³, a dignidade delas deixou de ser protegida a partir da condição de vulneráveis (dignidade-vulnerabilidade) e passou a ser resguardada com base na concepção de que são livres para se conduzirem as próprias existências em igualdade de condições com as demais pessoas (liberdade-dignidade).

Com uma demora de sete anos, o Estatuto da Pessoa com Deficiência surge para regulamentar a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro desde o ano de 2008. O mencionado diploma legal traz modificações profundas na legislação brasileira que trata das matérias relacionadas à capacidade e à autonomia das pessoas humanas, o que, obviamente, impactará na situação dos usuários de drogas e, por consequência, nas internações compulsórias de dependentes químicos em crack promovidas por políticas públicas que trilham o mesmo caminho do Programa Recomeço.

Pois bem, de acordo com Francisco Amaral “enquanto a personalidade é um valor ético que emana do próprio indivíduo, a capacidade é atribuída pelo ordenamento jurídico como realização desse valor”⁴¹⁴. Assim, ainda de acordo com Amaral, a capacidade quantificaria a personalidade, apresentando-se como “medida jurídica” dela.

Bem ou mal, o Código Civil apresentava (ainda apresenta) em seus artigos 3º e 4º essa quantificação, definindo os casos de incapacidade relativa e absoluta, não se limitando, neste último caso, tão somente ao critério etário. Isso é de grande importância ao se analisar os casos de dependentes químicos em crack e demais drogas que poderão ou não ser submetidos ao tratamento sob a modalidade da internação compulsória. Afinal, para que isso seja possível, a primeira condição a ser observada é se o dependente químico está absolutamente incapacitado para discernimento a realidade de sua existência e

⁴¹³ Flávio Tartuce se alinha entre aqueles que entendem salutar a tutela das pessoas com deficiência a partir da dignidade-liberdade. No entanto, o próprio autor manifesta suas dúvidas sobre essa alteração, ressaltando que somente o tempo e a prática “poderão demonstrar se o melhor caminho é mesmo a dignidade-liberdade, ao invés da anterior dignidade-vulnerabilidade”. TARTUCE, Flávio. *Alterações do código civil pela lei 13.146/2015 (estatuto da pessoa com deficiência): repercussões para o direito de família e confrontações com o novo cpc – parte II*, 2015. <http://www.flaviotartuce.adv.br/index2.php?sec=artigos>

⁴¹⁴ AMARAL, Francisco. *Direito civil: introdução*. 8. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2014. p. 272.

se autodeterminar a partir dessa compreensão ⁴¹⁵.

Aqui cabe um parêntese. Inicialmente, a capacidade da pessoa foi pensada e incluída no código civil a partir de uma perspectiva voltada aos interesses patrimonialistas⁴¹⁶. Com a evolução do direito e a valorização do ser humano é visto, passou a se dar também atenção ao aspecto existencialista. Assim, a análise sobre a capacidade ou não de alguém discernir a própria realidade e com base nessa compreensão manifestar sua vontade, não deverá se limitar apenas aos interesses patrimoniais da pessoa, mas, sobretudo, aos interesses existenciais dela.

No que diz respeito às alterações que serão promovidas a partir da vigência do Estatuto, a incapacidade absoluta será analisada tão somente pelo critério etário, ao menos é isso que se pode compreender a partir da modificação da redação do *caput* e revogação dos incisos do artigo 3º⁴¹⁷ do Código Civil. Assim, com base na referida norma apenas os menores de 16 anos serão considerados absolutamente incapazes. Os viciados em tóxicos e aqueles que, permanente ou transitoriamente, não reunirem condições para exprimirem a própria vontade foram elencados, respectivamente, nos incisos II e III do artigo 4º⁴¹⁸.

Assim, com a vigência do Estatuto a capacidade plena será a regra para

⁴¹⁵ Para o exercício da autonomia, o indivíduo deverá ser capaz. No entanto, "o conteúdo da capacidade é variável, sendo determinado dentro de situações específicas". NAVES, BrunoTorquato de Oliveira; REZENDE, Danúbia Ferreira Coelho de. A autonomia privada do paciente em estado terminal. In: FIÚZA, César; SÁ, Maria de Fátima de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (Coord.). *Direito civil: da autonomia privada nas situações jurídicas patrimoniais e existenciais - atualidades II*. Belo Horizonte: Del Rey, 2007, p. 89-110.

⁴¹⁶ RODRIGUES, Rafael Garcia. A pessoa e o ser humano no novo Código Civil. In: TEPEDINO, Gustavo (Coord.). *A parte geral do novo código civil: estudos na perspectiva civil-constitucional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p. 1-34.

⁴¹⁷ O Art. 114 do Estatuto altera a redação do *caput* do artigo 3º e revoga todos os inciso do artigo. Com isso, a referida norma passa a dispor o seguinte:

"Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos." BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 jul. 2015. Seção 1, p.2.

⁴¹⁸ Em relação ao artigo 4º do Código Civil, o Art. 114 do Estatuto altera não apenas o *caput*, mas também a redação dos incisos II e III, que passam a dispor o seguinte:

"Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

[...]

II – os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;

III – aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;" BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 jul. 2015. Seção 1, p.2.

todas as pessoas, tanto aquelas sem nenhuma deficiência mental, como aquelas que as possuam. Diante desse cenário, surge a dúvida sobre a possibilidade, ou não, de se internar compulsoriamente os usuários de crack e outras drogas que não tenham discernimento suficiente para decidirem o próprio destino. E também se haverá ou não necessidade de se realizar a interdição do usuário.

A capacidade plena da pessoa humana decorre da junção da autodeterminação e do discernimento, ou seja, será plenamente capaz para gerir a própria vida aquele que conseguir compreender a realidade posta e a partir disso se autodeterminar. Para Kümpel e Borgarelli⁴¹⁹ “o discernimento é a base de tudo”, de maneira que a pessoa que não compreende e não se autodeterminar necessita de proteção, inclusive de si mesma.

O entendimento de Kümpel e Borgarelli corrobora o defendido por José Fernando Simão de que o Estatuto errou ao tornar capazes pessoas sem condições de entenderem as próprias realidades e de manifestarem vontade consciente, não havendo que se falar em autodeterminação. Ao assim proceder, de acordo com Simão⁴²⁰, criou-se para certas situações um descompasso entre a realidade e o que dispõe a norma.

É certo que as pessoas em situação de rua se encontram entre aquelas que podem ser consideradas mais vulneráveis na sociedade. Essa realidade se agrava ainda mais quando os que estão em situação de rua são usuários de crack e apresentam dependência química em patamar tal que não conseguem mais discernir sobre a realidade que vivenciam e sobre a própria condição física e mental, perdendo, por consequência lógica, a capacidade de se autodeterminar.

Ponto importante que deverá ser tratado se relaciona à capacidade dos dependentes químicos. A partir das alterações trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, não será mais possível enquadrar como absolutamente incapaz o dependente químico de crack ou outras drogas, mesmo aqueles sem

⁴¹⁹ KÜMPEL, Vitor Frederico; BORGARELLI, Bruno de Ávila. *As aberrações da Lei 13.146/2015*. Disponível, 2015. em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI224905,61044-As+aberracoes+da+lei+131462015>>. Acesso em: 14 set. 2015.

⁴²⁰ SIMÃO, José Fernando. *Estatuto da pessoa com deficiência causa perplexidade (parte I)*, 2015. Disponível em: <http://nuzzel.com/story/08062015/conjur.com/estatuto_da_pessoa_com_deficiencia_causa_perplexidade_parte_i>. Acesso em: 14 set. 2015.

discernimento e sem capacidade de autodeterminação. Isso decorre do fato de que o Código Civil passará a considerar como absolutamente incapaz apenas os menores de 16 anos.

Com isso, os dependentes químicos serão considerados relativamente incapazes, seja por decorrência do inciso II, seja em face do inciso III do artigo 4º do Código Civil, a partir das alterações que serão promovidas pelo Estatuto.

Chama bastante atenção o fato de que mesmo aqueles que não puderem exprimir sua vontade, inclusive permanentemente, serão tidos por relativamente incapazes. Ora, nesta condição, a pessoa é chamada a decidir, contando, quando necessário, com o auxílio de terceiro. A dúvida que fica é como alguém incapacitado para exprimir a própria vontade poderá decidir? Não pode, logo, não há que se falar na possibilidade de alguém assisti-lo

Essa questão não é de fácil solução e mantida como está, certamente demandará grande trabalho interpretativo para ajustá-la à realidade, senão a necessidade de nova alteração legislativa. Para Pablo Stolze não há justificativa para elencar no rol de pessoas relativamente incapazes pessoas que não podem exprimir qualquer vontade⁴²¹. Por isso, complementa, a opção adequada seria tê-los inserido no artigo 3º do Código Civil ou criado dispositivo legal próprio⁴²².

Parece assistir razão às críticas que apontam a existência de equívoco na limitação da incapacidade absoluta apenas para os menores de 16 anos, pois, sob a justificativa de se dá tratamentos iguais a todos, evitando discriminações em relação aos deficientes, acabou-se por desconsiderar a vulnerabilidade deles, que não decorre da existência ou não de normas, mas da realidade dos fatos.

No que se refere aos dependentes químicos sem discernimento, ou seja, que deixaram de contar com o balizamento que não apenas permite, mas que orienta o exercício da capacidade de se autodeterminar, a necessidade médica não é alterada pela legislação. A indicação médica decorre de avaliação feita

⁴²¹ SIMÃO, José Fernando. *Estatuto da pessoa com deficiência causa perplexidade (parte I)*, 2015. Disponível em: < http://nuzzel.com/story/08062015/conjur.com/estatuto_da_pessoa_com_deficiencia_causa_perplexidade_parte_i>. Acesso em: 14 set. 2015

⁴²² STOLZE, Pablo. *Estatuto da pessoa com deficiência e o sistema jurídico brasileiro de incapacidade civil*, 2015; Disponível em: < <http://jus.com.br/artigos/41381/o-estatuto-da-pessoa-com-deficiencia-e-o-sistema-juridico-brasileiro-de-incapacidade-civil>>. Acesso em: 20 set. 2015.

no indivíduo, da qual se extraí as providências que deverão ser adotadas para recuperá-lo.

Ainda que se concorde com Flávio Tartuce acerca do intenso trabalho interpretativos que serão feitos nos próximos em decorrência dos casos práticos, sem o qual não será possível sanar as controvérsias e as dúvidas deixadas “*pelos atropelamentos da lei*”, entende-se que a internação compulsória dos dependentes químicos será legalmente possível mesmo após a vigência do Estatuto⁴²³.

Partindo-se de comentário feito pela professora Joyceane Bezerra de Menezes⁴²⁴, verifica-se que a deficiência deixou de ser compreendida como realidade intrínseca à pessoa para ser entendida como limitações sociais. Nesse sentido, há uma inversão na qual o modelo médico cede a prevalência para modelo social de abordagem da questão.

De qualquer forma, mesmo que essa mudança traga dificuldades, não será impedimento para a internação compulsória que, obviamente, está muito mais atrelada ao anterior modelo médico. O fato dos usuários de crack e demais drogas não serem considerados absolutamente incapazes, poderá ser superado pelo que efetivamente importa para a autorização do tratamento, qual seja, a falta de discernimento e perda da autonomia pelo uso da droga.

Tomando por base entendimento manifestado por Joyceane Bezerra de Menezes⁴²⁵, a autonomia deve ser compreendida a partir dessa nova realidade normativa com o foco na integridade da pessoa e não de seu bem-estar. Assim, ainda de acordo com a autora, caso se verifique a absoluta falta de discernimento do dependente químico, não conseguindo se conectar e compreender a própria realidade, a ponto de trazer risco a sua integridade,

⁴²³TARTUCE, Flávio. *Alterações do código civil pela lei 13.146/2015 (estatuto da pessoa com deficiência): repercussões para o direito de família e confrontações com o novo cpc – parte II*, 2015. Disponível em: <<http://www.flaviotartuce.adv.br/index2.php?sec=artigos>>. Acesso em: 20 set. 2015.

⁴²⁴MENEZES, Joyceane Bezerra de Menezes. O direito protetivo no Brasil após a convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência: impactos do novo cpc e do estatuto da pessoa com deficiência. *Civilista.com*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/08/Menezes-civilistica.com-a.4.n.1.2015.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2015.

⁴²⁵MENEZES, Joyceane Bezerra de Menezes. O direito protetivo no Brasil após a convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência: impactos do novo cpc e do estatuto da pessoa com deficiência. *Civilista.com*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/08/Menezes-civilistica.com-a.4.n.1.2015.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2015.

presume-se a perda da capacidade para se autodeterminar, justificando-se a internação compulsória⁴²⁶, desde que atendidos os demais requisitos.

O Estatuto prever em seu artigo que a dignidade da pessoa deverá ser preservada pelo poder público, que deverá adotar medidas necessárias quando ocorrer uma situação de risco que envolva pessoa com deficiência, ante a sua vulnerabilidade intrínseca. É certo que o artigo 11 veda o tratamento ou intervenção clínica da pessoa com deficiência, a não ser que ela dê o consentimento prévio, conforme dispõe o artigo 12⁴²⁷. Ora, somente será capaz de dar consentimento prévio quem tenha o discernimento e a autonomia preservada, do contrário, não há como se autodeterminar e proferir qualquer decisão.

Por isso, o artigo 13 prever que a pessoas com deficiência poderá ser atendida sem seu consentimento prévio, desde que exista o risco de morte ou uma emergência médica. A partir de uma interpretação mais ampla de emergência médica, na qual se identifique que a dependência química está em patamar tão elevado, que não apenas o usuário tenha perdido a capacidade de se autodeterminar, mas está expondo a própria integridade física e mental a

⁴²⁶ MENEZES, Joyceane Bezerra de Menezes. Os limites da política de abrigamento compulsório e a autonomia do paciente psiquiátrico usuário de drogas. *Civillista.com*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: < <http://civillista.com/os-limites-da-politica-de-abrigamento-compulsorio-e-a-autonomia-do-paciente-usuario-de-drogas/>>. Acesso em: 20 set. 2015.

⁴²⁷ “Art. 10. Compete ao poder público garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida.

Parágrafo único. Em situações de risco, emergência ou estado de calamidade pública, a pessoa com deficiência será considerada vulnerável, devendo o poder público adotar medidas para sua proteção e segurança.

Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.

Parágrafo único. O consentimento da pessoa com deficiência em situação de curatela poderá ser suprido, na forma da lei.

Art. 12. O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica.

§ 1º Em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento.

§ 2º A pesquisa científica envolvendo pessoa com deficiência em situação de tutela ou de curatela deve ser realizada, em caráter excepcional, apenas quando houver indícios de benefício direto para sua saúde ou para a saúde de outras pessoas com deficiência e desde que não haja outra opção de pesquisa de eficácia comparável com participantes não tutelados ou curatelados.

Art. 13. A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.” BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 jul. 2015. Seção 1, p.2.

risco de dano ou até mesmo a morte, parece plausível entender que a interdição compulsória poderá ser compatibilizada com a nova realidade normativa.

Por fim, no que se refere à interdição, como firmando anteriormente, entende-se desnecessária quando não existirem interesses patrimoniais a serem protegidos. De qualquer forma, tanto a Lei nº 13.105/2015 (novo CPC) quanto a Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) trouxeram regras acerca da interdição, gerando dúvidas, inclusive sobre a permanência do instituto jurídico no nosso direito.

Paulo Lôbo⁴²⁸ entende que a partir do Estatuto não há mais que se falar em interdição⁴²⁹, mas apenas em curatela específica a ser utilizada para determinados atos relacionados aos direitos patrimoniais, com a menor duração temporal possível, cumprindo o papel de proteção e não de medida interventiva do exercício de direitos.

Observa-se que o Estatuto altera a redação do artigo 1.768 do Código Civil que deixará de estipular que “a interdição deve ser promovida” para dispor que “o processo que define os termos da curatela deve ser promovido”. O problema é que essa alteração promovida pelo Estatuto passará a vigorar no dia 03 de janeiro de 2016, mas subsistirá até a entrada em vigor do novo Código de Processo Civil, o que acontecerá em 18 de março de 2016^{430 431}.

⁴²⁸ LÔBO, Paulo. Com avanços legais, pessoas com deficiência mental não são mais incapazes, 2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-ago-16/processo-familiar-avancos-pessoas-deficiencia-mental-nao-sao-incapazes>> Acesso em: 20 set. 2015.

⁴²⁹ No mesmo sentido caminha a opinião de Flávio Tartuce, para quem “não existe mais, no sistema privado brasileiro, pessoa absolutamente incapaz que seja maior de idade. Como consequência, não há que se falar mais em ação de interdição absoluta no sistema civil”. TARTUCE, Flávio. *Alterações do código civil pela lei 13.146/2015 (estatuto da pessoa com deficiência): repercussões para o direito de família e confrontações com o novo cpc – parte I*, 2015. Disponível em: <<http://www.flaviotartuce.adv.br/index2.php?sec=artigos>>. Acesso em: 20 set. 2015.

⁴³⁰ A Lei Complementar 95/1998 dispõe em seu artigo 8º, §§ 1º e 2º que na contagem para a definição do prazo de vacância deverá se incluir a data da publicação e do último dia do prazo, entrando a lei em vigor no dia subsequente.

Verifica-se que a Lei nº 13.105/2015 foi publicada no dia 17 de março de 2015, e nela consta no art. 1.045 que entrará em vigor após o transcurso de um ano da data de sua publicação. Ora, a Lei nº 810/1949 dispõe que na contagem de prazo de ano o dia de término terá o mesmo número do dia de início.

Consequentemente, publicado o novo CPC no dia 17 de março de 2015, o término do prazo de vacância irá expirar em igual dia do ano subsequente, entrando em vigor a lei no dia seguinte, ou seja, 18 de março de 2016.

⁴³¹ Luiz Guilherme Marinoni, Sergio Cruz Arenhart e Daniel Mitidiero entendem que o Código de Processo Civil passará a vigorar a partir do dia 16 de março de 2016. MARINONI, Luiz

A partir da vigência do novo Código de Processo Civil a interdição passará a ser disciplinada no âmbito desse diploma legal, o que de acordo com Paulo Lôbo demonstra que houve por parte do legislador desconsideração ao projeto de lei que deu origem ao Estatuto da Pessoa com Deficiência e à Convenção incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro em 2009, que tem força de emenda constitucional, pois diz respeito a matéria relacionada aos direitos humanos, logo, se sobrepõe a qualquer lei. Por conta disso, autor entende que o novo CPC ao fazer alusão a interdição e interditando, equivoca-se, pois nem um, nem o outro fazem mais parte do direito brasileiro⁴³².

Esse entendimento não é pacífico, tanto assim que Fredie Didier Jr. ao tratar da nova redação dada ao artigo 1.768 do Código Civil pelo Estatuto e a pretensão revogação promovida pelo novo CPC, defende até mesmo a manutenção da promoção da interdição pelo próprio interditado⁴³³, argumentando que “será preciso considerar que há um novo inciso ao rol do art. 747 do CPC, que permite a promoção da interdição pela ‘própria pessoa’⁴³⁴.

Não há dúvida, acerta Flávio Tartuce ao apontar na situação “uma grande confusão legislativa, um verdadeiro caos pelo atropelamento de leis sucessiva e sem o devido cuidado dos seus colaboradores”⁴³⁵, o que levará a muito trabalho por parte dos interpretes, sobretudo diante dos casos práticos.

De qualquer sorte, entende-se que a internação compulsória de dependentes químicos em situação de rua é perfeitamente possível, pois, de

Guilherme; ARENHART, Sérgio Cruz; MITIDIERO, Daniel. *Novo código de processo civil comentado*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015, p. 991.

⁴³² LÔBO, Paulo. *Com avanços legais, pessoas com deficiência mental não são mais incapazes*, 2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-ago-16/processo-familiar-avancos-pessoas-deficiencia-mental-nao-sao-incapazes>> Acesso em: 20 set. 2015.

⁴³³ A leitura dos comentários de Fredie Didier Jr. permite concluir que ele entende a curatela nos termos da redação dada pelo Estatuto ao artigo 1.768 do Código Civil como se fosse sinônimo de interdição.

⁴³⁴ De acordo com Fredie Didier Jr., a interpretação por ele adotada cumpre o objetivo de conciliar as disposições legais no plano intertemporal. O que é obtido a partir de dois postulados interpretativos, no caso: a) as leis estão em sintonia de propósitos; b) elas devem ser interpretadas de modo a dar coerência ao sistema”. DIDIER JR., Fredie. *Estatuto da pessoa com deficiência, código de processo civil de 2015 e código civil: uma primeira reflexão*, 2015. Disponível: <<http://www.frediedidier.com.br/editorial/editorial-187/>> Acesso em: 21 set. 2015.

⁴³⁵ TARTUCE, Flávio. *Alterações do código civil pela lei 13.146/2015 (estatuto da pessoa com deficiência): repercussões para o direito de família e confrontações com o novo cpc – parte II*, 2015. Disponível em: <<http://www.flaviotartuce.adv.br/index2.php?sec=artigos>>. Acesso em: 20 set. 2015.

acordo com a análise feita até o presente momento, ela se pauta pelo resgate da dignidade do usuário, proteção em razão da vulnerabilidade características dos usuários de crack e pela reinserção social, de modo que readquirida o discernimento e a autonomia, o tratamento deverá prosseguir com a utilização de recurso terapêutico diverso.

4.4 A internação compulsória como etapa do processo terapêutico

No decorrer da presente análise, estabeleceu-se que a internação compulsória no âmbito de uma política pública voltada à população de rua que consome crack e demais drogas justifica-se e encontra amparo legal apenas se utilizada como recurso derradeiro e excepcional⁴³⁶, em que não há indicação médica diversa por já terem se esgotadas as alternativas terapêuticas restantes ou por elas se mostrarem incompatíveis com as necessidades do dependente.

Com a decisão judicial e a consequente internação compulsória, o dependente químico passará por desintoxicação baseada na utilização de medicação e abstinência, processo que poderá durar até quatro semanas⁴³⁷. Ao final desse período e não havendo sequelas definitivas para a saúde mental⁴³⁸ do usuário, que o torne perenemente incapacitado para se autodeterminar, não poderá ser mantido hospitalizado contra a vontade, sob pena de transmutar-se em meio de punição ou repressão sub-reptícia do usuário de droga.

Com efeito, o tratamento compulsório, como recurso disponibilizado em razão de política pública específica para usuários de crack e demais drogas,

⁴³⁶ DUARTE, Carolina Gomes et. al. Internação psiquiátrica compulsória: a atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Revista da Defensoria Pública*, São Paulo, v. 5, n.1, p. 157-181, 2012.

⁴³⁷ A desintoxicação é uma questão essencialmente médica, não parecendo haver razão na estipulação de um prazo máximo em lei para a finalização de um procedimento médico, como se observa no Projeto de Lei da Câmara (PLC n° 37/2013). Este dispõe no §º do art. 23-A que a internação perdurará pelo tempo necessário à desintoxicação, com prazo máximo de 90 (noventa) dias, cabendo ao médico responsável determinar o término do tratamento. Apesar do prazo aparentemente longo, não há como ter certeza de que será suficiente para todos os casos, ainda mais diante das novas drogas que surgem e seus efeitos cada vez mais intensos, não havendo como prever o prazo de eliminação do organismo do usuário. Por isso, o correto é que essa decisão ficasse a cabo do profissional médico competente, desde que, claro, observados os requisitos legais. Talvez, uma solução mais segura fosse permitir a renovação do prazo de internação nos casos em que a desintoxicação demandasse mais tempo, cabendo ao médico justificar essa necessidade de dilação temporal.

⁴³⁸ CARTILHA sobre o crack. Brasília: CNJ, 2011, p. 9.

deve ser utilizado a bem do direito à saúde daqueles que serão beneficiados. Nesse sentido, para justificar-se como tratamento médico compatível com os preceitos da Lei nº 10.216/2001 deverá estar integrada a outros recursos terapêuticos anteriores e posteriores ao tratamento compulsório.

Isso decorre do fato de que a internação não é suficiente para recuperar o usuário e reinseri-lo socialmente, por isso não há como ser considerado o tratamento em si, mas etapa de um processo terapêutico mais longo e complexo⁴³⁹. Não acontecendo isso, entende-se que assiste razão a Joyceane Bezerra de Menezes⁴⁴⁰, ou seja, não será possível valer-se da internação compulsória por se mostrar contrária aos objetivos firmados na reforma antimanicomial e aos preceitos estabelecidos na Lei nº 10.216/2001.

Deve-se atentar para o fato de que a reabilitação em prol do restabelecimento da autonomia e da reintegração social do dependente químico tem correlação com direito à saúde do dependente químico. Nesse sentido, em conformidade com entendimento esposado por Ana Carolina Brochado Teixeira, a legislação autoriza certa disposição do corpo de alguém, desde que esteja presente a finalidade terapêutica, objetivando-se não apenas a integridade psíquica, mas da própria vida do paciente. Com efeito, a autora defende que o conceito de saúde “coincide com o governo do corpo, quando a pessoa tem higidez psíquica para fazer opções autorreferentes”⁴⁴¹.

Diante desse cenário, a internação compulsória cumpre papel limitado em relação aos dependentes químicos levados a tratamento por determinação judicial, no caso, restituir o discernimento e a autonomia deles. Superada essa etapa, as seguintes se desenvolverão com base em outros recursos, que

⁴³⁹O Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas dos Estados Unidos (NIDA) formulou 13 princípios que deverão ser observados nos tratamentos de toxicodependência. O décimo princípio dispõe que a desintoxicação é apenas a primeira etapa do tratamento de dependência, por isso, por si só pouco representa para solucionar o problema do abuso de drogas, que demandará longo tempo para produzir resultados satisfatórios. São poucos os casos de dependentes que após cumprirem a fase de desintoxicação, conseguiram por si próprios atingir o objetivo de se manterem longe das drogas, não significando isso que a cura do vício, que sempre existirá. Disponível em: < <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-es-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>>. Acessado em 09 jun. 2015.

⁴⁴⁰MENEZES, Joyceane Bezerra. Personalidade, autonomia e saúde mental: o controle das internações psiquiátricas involuntárias no Estado do Ceará. In: RODRIGUES, José Rodrigo. *Pensar o Brasil: problemas nacionais à luz do direito*. São Paulo: FGV/Saraiva, 2012, p. 175-209.

⁴⁴¹TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 289.

deverão se atentar para o fato de que o dependente químico não mais estará na posição de submissão inicialmente verificada, passando à posição de protagonista da própria realidade.

Assim, ao exercitar sua autonomia, o dependente químico poderá até mesmo manifestar sua vontade de não participar de nenhum outro tratamento. É importante ressaltar que essa decisão deverá ser respeitada também pelo profissional de saúde, o que levará ao afastamento do paternalismo médico que invariavelmente busca conduzir o paciente para decisão que o profissional de saúde considera correta, mas que nem sempre reflete os interesses do paciente. Ao profissional médico caberá garantir que o usuário assuma o papel de protagonista informado das consequências que decorrerão da decisão que venha a tomar⁴⁴².

Nesse sentido, as políticas públicas voltadas ao tratamento e a reinserção social dos usuários de crack em situação de rua devem garantir que a proteção à autonomia ocorra a todo tempo, ou seja, antes, durante e após qualquer tratamento feito, especialmente em relação à internação compulsória. Logo, a fase posterior à decisão judicial que autorizou a internação compulsória e ao próprio tratamento em si é de grande importância.

Para tanto, deve se entender que o tratamento do usuário de crack, sob uma perspectiva ampla, não se limita a questões médicas, mas apresenta demandas sociais. Por isso, na sequência do tratamento, depois de finalizada a etapa da internação compulsória, questões como moradia, emprego, família entre outras, ganham destaque, o que é natural, uma vez que superada a dependência química, a droga deixa de ser o centro das atenções da pessoa, que passa a ser preocupar com outras questões.

Não é por outro motivo, que se realizou consulta ao Programa Recomeço, no qual se questionou sobre a etapa subsequente à internação compulsória. Em resposta a essa questão, foi informado que após a desintoxicação do dependente químico em crack, este é encaminhado para modalidade de atendimento compatível com sua individualidade e com o projeto de vida que pretende desenvolver. Entre as modalidades de

⁴⁴²TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 304.

atendimento pós-internação, pode-se destacar as comunidades terapêuticas⁴⁴³, pela importância para o programa e por representar em algumas situações risco não apenas para a autonomia do dependente químico, mas para a própria dignidade dele.

Registra-se que as políticas públicas que disponibilizem tratamentos aos usuários de crack em situação de rua não deverão permitir que as internações compulsórias (ou mesmo as voluntárias e involuntárias) ocorram em comunidades terapêuticas, não existindo amparo legal para isso. As comunidades terapêuticas não integram o sistema de saúde, pois são consideradas apenas como equipamentos de interesse e apoio dos sistemas de saúde e de assistência social. Por conseguinte, não estão obrigadas a seguirem as regras médicas, pelo menos não da mesma forma rígida que as unidades de saúde, tanto assim que são fiscalizadas pelas vigilâncias sanitárias municipais^{444 445}.

Cuida ressaltar que o Ministério da Saúde (MS) não apenas reconhece e legitima a atuação das comunidades terapêuticas, como as credenciam para o recebimento de repasses de verbas públicas, incluindo-as como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Isso não significa que integram o sistema de saúde pública, mas apenas apoiam de maneira subsidiária os tratamentos desenvolvidos, qualificando-se como serviços de atenção residencial de caráter transitório, nos termos da Portaria MS nº 3.088,

⁴⁴³ Disponível em: <<http://programarecomeco.sp.gov.br/noticias/coordenacao-de-politicas-sobre-drogas-apresenta-as-principais-acoes-do-programa-recomeco/>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

⁴⁴⁴ BRASIL. Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jun. 2011. Seção 1, p. 62.

⁴⁴⁵ Ainda que não seja essencialmente contrário às comunidades terapêuticas, Pablo Andrés Kurlander Perrone não deixa de observar que “boa parte das CT no Brasil possui práticas tão desumanas e iatrogênicas quanto às das antigas instituições asilares manicomiais, sem garantir minimamente a preservação dos direitos humanos mais básicos.”

Segue o autor, “por outro lado também se percebeu que uma grande maioria destas supostas CT não recebe nenhuma forma de fiscalização, não se encontrando cadastrada em nenhum serviço de referência que regule sua prática, o que facilita ainda mais a proliferação e a prática indiscriminada.” PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 569-580, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 jun. 2015.

de 23 de dezembro de 2011⁴⁴⁶.

De qualquer sorte, com a recente edição da Resolução nº 01, de 19 de agosto de 2015⁴⁴⁷, Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas, não resta mais qualquer dúvida de que as comunidades terapêuticas não são unidades de saúde⁴⁴⁸, de maneira que não poderão realizar a internação de usuários de drogas, nem mesmo a internação voluntária. Essas entidades apenas auxiliarão na reinserção social e o acolhimento do usuário de drogas, ou seja, prestarão serviços de caráter residencial e transitório. O acolhimento do usuário se dará voluntariamente, não devendo ser confundido com a internação voluntária, que é modalidade de tratamento médico e, por isso, não será prestada pelas comunidades terapêuticas.

As comunidades terapêuticas têm importante papel na reinserção social dos usuários de drogas, facilitando a desinstitucionalização que deverá ocorrer

⁴⁴⁶ “Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório os seguintes serviços:

[...]

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.” BRASIL. Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 mai. 2013. Seção 1, p. 37.

⁴⁴⁷ “Art. 1º As entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, serão regulamentadas, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, por esta Resolução.

Art. 2º As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características:

I - adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sóciofamiliar e econômica do acolhido;

II - ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares;

III - programa de acolhimento” BRASIL. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 ago. 2015. Seção 1, p. 51

⁴⁴⁸ Observa-se que o Conselho Federal de Medicina no Parecer CFM nº 9/2015 aponta a existência de comunidades terapêuticas que poderão realizar a internação voluntária, situação diversa da prevista o marco regulatório das comunidades terapêuticas. Percebe-se que a mesma denominação é utilizada para instituições que prestam serviços de saúde e para aquelas que apenas apoiam. O mais correto é que a expressão comunidade terapêutica seja utilizada nos limites do marco regulatório, pois, prestando serviços de saúde e realizando internações voluntárias, o equipamento poderá se constituir em hospital ou clínica.

nos tratamentos que se desenvolver por intermédio de internação. No entanto, não é incomum que muitas dessas comunidades terapêuticas, sobretudo aquelas que têm ligações com instituições religiosas, adotem práticas contrárias à autonomia e à dignidade dos usuários. A exposição de usuários de drogas a humilhações, violência física e psicológica, isso para não falar no desrespeito à intimidade (violação de correspondência e ouvir as ligações dos internos) e a realização de revistas humilhantes nos familiares do usuário, não são fatos isolados, conforme atestou a Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia⁴⁴⁹.

⁴⁴⁹ A Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia publicou relatório fruto das inspeções feitas em setembro de 2011 em 68 instituições de acolhimentos de usuários de drogas, em 25 unidades da federação. As conclusões exaradas no referido relatório confirmam os argumentos que embasam o entendimento de que as comunidades terapêuticas não podem substituir as instituições médicas integrantes dos sistemas de saúde, sobretudo no que diz respeito ao tratamento sob a modalidade da internação compulsória: “Amplamente divulgadas como a solução para o problema das drogas, essas instituições se inscrevem no campo das práticas sociais invisíveis ou subterrâneas. Acessar um desses lugares não é tarefa simples. Encontrar o caminho que conduz à porta de entrada de uma comunidade terapêutica exige, muitas vezes, esforço e persistência. E aqui se localiza um primeiro ponto a merecer destaque: não é possível ser público, ser incluído como dispositivo público, mantendo-se nos subterrâneos da sociedade. O acesso a um serviço público é um dos direitos do cidadão.

A pergunta que nos orientou – sobre a ocorrência de violação de direitos humanos – infelizmente se confirmou como uma regra. Há claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, esta prática social tem como pilar a banalização dos direitos dos internos. Exemplificando a afirmativa, registramos: interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares. Percebe-se que a adoção dessas estratégias, no conjunto ou em parte, compõe o leque das opções terapêuticas adotadas por tais práticas sociais. O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada [...]

A internação compulsória é admitida por parte das instituições inspecionadas. Noutras, não.

A Lei nº 10.216 prevê a internação compulsória como medida a ser adotada por juiz competente. Disto se depreende que ela deve ser parte de um processo judicial, ou seja, decorrência da adoção de uma medida de segurança, tendo em vista o cometimento de ato infracional por parte do usuário. O que se vê na prática, com os usuários de álcool e outras drogas, contraria o disposto na lei, pois introduz a aplicação de medida jurídica fora de um processo judicial. É o recurso à lei, o uso do aparato jurídico para segregar e não para mediar as relações do sujeito com a Justiça e com a sociedade.

Outra face da questão surge mesmo onde a internação compulsória ou involuntária não é admitida. Pôde-se perceber, em muitos desses lugares, uma contradição clara entre discurso e prática, já que a decisão de permanecer ou não, de dar continuidade ou interromper a internação, é intermediada pela instituição nem sempre de forma respeitosa. As estratégias de convencimento apostam, quase sempre, no aumento da fragilidade e no recurso ao medo e à intimidação para dissuadir o interno de sua decisão. Uma estratégia que aposta, portanto,

Aos problemas acima se acrescenta a doutrinação religiosa praticada pelas comunidades terapêuticas ligadas a entidades religiosas. A imposição de práticas e preceitos religiosos a todos por elas atendidos, independentemente de o usuário de drogas professar ou não alguma fé, e, caso tenha alguma, não importando qual seja, é bastante comum. Há em tais casos violação à liberdade de consciência e de crença, tanto daquele que não segue qualquer religião, quanto daquele que segue religião diversa. Ambos têm direito fundamental violado⁴⁵⁰.

Nesse sentido, viola-se a autodeterminação⁴⁵¹ do usuário, que se ver impedido de fazer as escolhas que são importantes para sua existência, entre as quais seguir a fé em que acredita ou não seguir fé alguma⁴⁵², ao mesmo tempo em que lhe imposta a participação em rituais religiosos que não comunga ou rejeita⁴⁵³. Não bastasse isso, a dignidade e a autonomia existencial de usuários homossexuais são desrespeitadas, tanto ao serem considerados “pecadores”, como em casos que são vistos como pessoas que

na submissão, e não na capacidade de decisão real, no consentimento com o tratamento, como o fazem os serviços substitutivos de saúde mental, no respeito à cidadania e à subjetividade dos sujeitos.”. RELATÓRIO da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 189-191.

⁴⁵⁰ NETO, Jayme Weingartner. Comentário ao artigo 5º, incisos VI, VII e VIII. In: CANOTILHO, J. J. Gomes et al. (Coords). *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013, p. 266-267.

⁴⁵¹ Não é possível generalizar, mas entre os problemas que podem ocorrer em comunidades terapêuticas pautadas pelas concepções religiosas, é a interpretação de certos direitos como a liberdade e a autodeterminação a partir de critérios religiosos. Ao se consultar obra direcionada para o ensino de teologia, escrita por Ambrosius Karl Ruf, confirma-se o temor, pois a concepção de liberdade e de autodeterminação está condicionada aos preceitos da fé cristã, que nem sempre é compatível com a interpretação secular extraída a partir da carta constitucional. Esse fenômeno não se limita a fé cristã, ao contrário, é comum a toda religião. De acordo com o mencionado autor, “o fato de o homem não se ter causado ele próprio, mas dever ser compreendido antes como um ser criado por Deus, portanto, em seu *caráter criatural*, parece não conciliar-se com a sua pretensão de liberdade no sentido de autodeterminação”. RUF, Ambrosius Karl. *Curso fundamental de teologia moral: consciência e decisão*, vol. II. São Paulo: Edições Loyola, 1994, p. 49.

⁴⁵² Em comentário ao inciso VI do artigo 5º da Constituição Federal, Jayme Weingartner Neto aponta que a liberdade de religião, como direito complexo que é, traz implícito a liberdade de ter, não ter ou deixar de ter religião. NETO, Jayme Weingartner. Comentário ao artigo 5º, incisos VI, VII e VIII. In: CANOTILHO, J. J. Gomes et al. (Coords). *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013, p. 267.

⁴⁵³ VIEIRA, Luciano Henrik Silveira. Liberdade de consciência: a autodeterminação como corolário da dignidade da pessoa humana. In: BARROS, Renata Furtado; LARA, Paula Maria Tecles (orgs.). *Direitos humanos: um debate contemporâneo*. Raleigh, Carolina do Norte (EUA): Lulu Publishing, 2012, p. 399-424.

padecem de enfermidade que pode ser curada⁴⁵⁴.

Logo, não parece adequado que ao serem formuladas políticas públicas direcionadas a usuários de crack, sobretudo aqueles em situação de rua, incluam-se comunidades terapêuticas que tenham algum viés religioso em sua estrutura de atuação. Isso poderia afastar a participação dos usuários que professam fé diversa ou impor ao Estado o dever de credenciar entidades variadas para atender a fé de cada usuário. Até por ser o Estado laico, parece mais sensato evitar o credenciamento dessas instituições, o que não impede que elas atuem de maneira independente, não significando isso que estão livres para desrespeitarem direitos fundamentais em nome da fé que professam.

Por fim, uma terceira questão pode ser destacada em relação às comunidades terapêuticas. Não é incomum que algumas delas façam uso dos usuários que se encontram internados como mão de obra barata para as atividades da comunidade, quando não para a produção de itens a serem comercializados, sem a devida retribuição pecuniária.

Não por outro, ao realizar inspeção em 68 (sessenta e oito) comunidades terapêuticas em todo o Brasil, o Conselho Federal de Psicologia constatou-se diversas violações aos direitos dos usuários, entre as quais o uso de trabalhos forçados, que muitas vezes se aproximavam do trabalho escravo.⁴⁵⁵ Justifica-se essa prática com o fundamento de que estão sendo desenvolvidas atividades de laborterapia, que na prática na mais é do que a imposição de tarefas domésticas e de manutenção da comunidade terapêutica, sem qualquer retribuição pecuniária para os internos. Algumas vezes o trabalho é utilizado como punição, ocasião em que as piores atividades caberão àqueles contra quem se pretende impor o castigo.

Com efeito, o Programa Recomeço, ao estruturar a política pública em torno dos tratamentos médicos, sobretudo internações, deverá se ater que a opção pelas comunidades terapêuticas⁴⁵⁶ no processo de reinserção social é

⁴⁵⁴ RELATÓRIO da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 189-191.

⁴⁵⁵ RELATÓRIO da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 191.

⁴⁵⁶ O cartão Recomeço deverá ser utilizado para o pagamento de instituições que prestem serviços aos usuários. O valor do pagamento será de R\$ 1350,00 mensais por usuário.

perfeitamente possível e pode se mostrar um recurso valioso, mas para que isso ocorra precisa excluir eventuais comunidades terapêuticas⁴⁵⁷ que adotem práticas ofensivas à dignidades e autonomia dos dependentes químicos.

O respeito à autonomia dos usuários beneficiados consta no texto da norma que criou o Programa Recomeço, por isso, no caso daqueles usuários que não se adequem ao tratamento ambulatorial, assim como não desejam residir em comunidades terapêuticas, a opção pelas residências terapêuticas ou serviços residenciais terapêuticos⁴⁵⁸ parece salutar, pois, tem como principal vantagem garantir uma melhor reintegração dos usuários de drogas em situação de rua e sem vínculos familiares, mesmo aqueles casos em que o consumo de crack e de outras drogas tenha resultado em enfermidade mental mais grave, na qual a autonomia da vontade é diminuída de maneira permanente.

Nesse sentido, ao menos em tese, o Programa Recomeço parece adotar os cuidados necessários para que a internação compulsória possa ser aplicada sem que isso resultem em ofensa à autonomia e à dignidade da pessoa humana. Para que isso fosse possível, a internação compulsória não pode se constituir no recurso terapêutico definitivo, mas em mera etapa de um processo mais longo e complexo.

⁴⁵⁷ O Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, em seu artigo 3º e incisos ao disciplinar o programa, criou o “Cartão Recomeço”, que somente poderá ser utilizado pelos usuários para o pagamento direto às instituições previamente credenciadas e que farão o acolhimento do beneficiário. Essas instituições, em tese, deverão prestar serviços que fortaleçam a autonomia e independência dos usuários, mas não é o que acontece em muitos casos, sobretudo quando elas são administradas por entidades religiosas ou por religiosos.

⁴⁵⁸ “O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um.

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.” RESIDÊNCIAS terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depreende-se da análise feita no decorrer do presente trabalho que a internação compulsória é compatível com políticas públicas voltadas ao tratamento de usuários de crack em situação de rua, não havendo que se falar em ofensa à dignidade e a autonomia daqueles que são submetidos ao referido tratamento. E mais, no que se refere ao Programa Recomeço, diferentemente de outras políticas públicas desenvolvidas em momento anterior na região da Luz, vale-se da internação compulsória dentro dos preceitos firmados pela Lei nº 10.216/2001, inclusive observando que o tratamento em questão não é um fim em si mesmo, mas parte de um tratamento mais complexo.

Neste sentido, se buscou analisar se a internação compulsória seria compatível, ou não, com as políticas públicas desenvolvidas em prol dos usuários de crack em situação de rua, não se constituindo em medida ofensiva à autonomia e à dignidade da pessoa humana. Para isso, optou-se por centralizar o debate em torno do Programa Recomeço, política pública desenvolvida pelo Estado de São Paulo, inicialmente na região da Luz da capital paulista, contra a qual vários questionamentos foram feitos, entre eles o de que não levaria em consideração a decisão dos usuários de crack e de que promoveria a internação compulsória em massa.

Para se alcançar as conclusões acima mencionadas, antes foi necessário compreender e contextualizar os problemas e questões relacionados ao crack, à internação compulsória e ao Programa Recomeço.

Nesse sentido, verifica-se que o crack se inclui entre as chamadas drogas psicotrópicas, atuando diretamente sobre o cérebro de quem a consome. É uma droga cujo uso se concentra especialmente entre os homens negros ou pardos, pobre, solteiro, com idade em torno de 30 anos e moradores de centros urbanos. Esse perfil é semelhante ao daqueles que se envolvem com atividades criminosas, o que reforça a necessidade de políticas públicas específicas, nas quais não há que se falar apenas na recuperação, mas também na reinserção social do usuário.

Os efeitos da droga no cérebro são evidentes, alterando o funcionamento da mente e, por consequência, a consciência do usuário, o que poderá levá-lo até mesmo à perda do discernimento, não conseguindo mais concatenar pensamentos racionais a partir da realidade concreta que se apresenta. Isso poderá ocorrer de maneira parcial, na qual ela mantém parte da consciência e da racionalidade, mas também, de acordo com a intensidade da dependência química e dos efeitos decorrentes da droga, poderá resultar em completa incapacidade para se autodeterminar.

É certo que questões sociais potencializam o consumo do crack, ainda que não seja causa determinante. Entretanto, partir do modo como a dependência química se estabelece, a questão também assume contornos médico, sendo classificada pela Organização Mundial da Saúde como doença biopsicossocial, e que poderá resultar em enfermidade mental e comportamental.

Consequentemente, depreende-se de que nem sempre a dependência química trará efeitos mais graves ao cérebro, de maneira que é possível que o usuário se mantenha racional e apto para decidir sobre o próprio destino, mesmo que a decisão venha a significar a continuidade do consumo de crack de forma que possa prejudicar sua própria saúde.

Entretanto, há casos em que o consumo do crack resulta em nível tamanho de dependência química, que a pessoa perde por completo a capacidade de discernimento sobre a própria realidade ou não consegue impor sua vontade à necessidade de consumir cada vez mais a droga, momento a partir do qual deixa de ser capaz de se autodeterminar e de decidir os rumos de sua vida.

Essa situação é ainda mais problemática em relação aos dependentes químicos que se encontram em situação de rua e que perderam a própria vontade e o discernimento, passando a existir apenas em função da aquisição e consumo do crack, sem qualquer outro objetivo, interesse ou preocupação consigo próprio, degradando-se de todas as formas, algumas vezes por

intermédio da prostituição ou da prática de pequenos furtos, o que faz apenas pela necessidade de utilizar a substância.

É certo que muitas políticas públicas foram direcionadas aos usuários de crack em situação de rua, sobretudo aqueles fixados em espaços urbanos denominados de cracolândia, mas também é verdade que nas primeiras reações ao problema o Estado escolheu o caminho da repressão e da punição, inclusive desvirtuando a internação compulsória, que de recurso terapêutico excepcional e para situações bem específicas, passou a ser utilizado como mecanismo de recolhimento em massa de usuários.

Essas situações se constituem em exemplos do uso indevido da internação compulsória, que ao ser aplicado aos casos sem indicação médica e sem necessidade, perde o caráter terapêutico e assume condição de medida repressiva e punitiva, quando não mecanismo para se proceder a limpeza urbana de alguma área. Obviamente, não podendo ser utilizada para os casos de dependentes químicos capazes de decidirem o próprio destino, ao ocorrer isso, desrespeita-se a autonomia, a liberdade e a dignidade da pessoa do usuário.

Não é por outro motivo que o Programa Recomeço sofre tantos questionamentos desde seu início, pois aborda o problema do crack pela perspectiva médica, ainda que não descarte o caráter social, disponibilizando vários tratamentos, entre ambulatoriais e hospitalares. No entanto, nenhum deles desperta tanto questionamento quanto a internação compulsória, muitos deles formulados a partir dos problemas ocorridos durante a execução das políticas públicas anteriores, que tinham concepções diversas, pautando-se pelo aspecto repressivo do problema.

Entre as opiniões contrárias ao tratamento, destacam aquelas que apontam que a internação compulsória ofenderia a dignidade do usuário, impondo aos usuários em situação de rua tratamento sem a concordância deles, que, por isso, perderia a liberdade de ir, vir e ficar, além da própria autonomia. Tudo isso sem qualquer certeza de que o tratamento teria êxito, o que é questionado sob o argumento de que não existindo adesão prévia o recurso terapêutico aplicado não colheria êxito.

Em verdade, é possível apontar que alguns usuários de crack apresentam dependência química em estágio tão avançado que não poderia se dizer que são verdadeiramente livres e capazes de se autodeterminarem. Nesses casos, o comprometimento das mente do usuário poderá ser tamanha que os torne incapacitado, nos termos da legislação vigente, para gerir a própria vida. Com isso, não consegue discernir a realidade e os efeitos dela para sua própria vida, perdendo a capacidade para se autodeterminar. Logo, não haveria como se falar na possibilidade de se colher em tais casos a concordância do usuário de crack sobre a internação compulsória.

De mais a mais, a internação compulsória cumpre papel importante na recuperação e reequilíbrio do dependente químico, que é submetido ao tratamento independentemente de sua concordância. Todavia deve se atentar para o fato de que a internação compulsória só poderá ser aplicada pelo tempo necessário para que o organismo se desintoxique e o usuário readquira o discernimento e a capacidade para decidir, quando então poderá ser falar em autonomia.

Readquirida a autonomia, a internação compulsória perde sentido e não encontra respaldo legal, devendo o usuário ser chamado a decidir de maneira esclarecida e livre sobre o tratamento que se fará necessário, podendo concordar ou não, inclusive manifestando sua decisão por não se submeter a qualquer tipo de tratamento.

No que se refere ao Programa Recomeço, de início fica claro que não adota a mesma perspectiva de programas anteriores, como é o caso da Operação Sufoco. Ao contrário, está fundamentado em uma perspectiva médica da dependência química, compreendida como uma enfermidade que deverá ser tratada, sob pena de não se conseguir recuperar e reinserir o usuário. É certo que há entendimento diverso sobre a questão, defendendo-se que o problema enseja enfrentamento a partir de seus aspectos sociais, por intermédio de uma política de redução de danos.

De qualquer forma, sem desconsiderar que o crack e a dependência química associada à droga tenham componentes sociais importantes, tanto que o perfil do usuário do crack acaba dando pistas importantes sobre isso, entende-se que a dependência química é uma enfermidade que poderá

incapacitar o usuário para tomar decisões racionais, passível de ser tratada ao menos no que se refere aos aspectos médicos do problema. Importa ressaltar que o usuário não perde a autonomia a partir da internação compulsória, mas sim como resultado da dependência química mais intensa.

No que se refere às internações compulsórias no âmbito do Programa Recomeço, observa-se que são aplicadas a partir do trabalho prévio de profissionais de assistência social e de saúde, que selecionam aqueles casos que atendem os requisitos para serem submetidos ao tratamento compulsória. Antes de o usuário vir a ser internado compulsoriamente, o caso é submetido à análise de profissional médico que indicará ou não a necessidade do tratamento, posteriormente, a questão é analisada em processo ao qual é garantido o contraditório e o Ministério Público atua na proteção dos interesses do usuário.

Registra-se que apenas alguns poucos casos são autorizados judicialmente, devendo o tratamento compulsório se limita ao mínimo possível, até que ocorram a desintoxicação e a recuperação da autonomia do usuário, quando é chamado a decidir sobre a fase seguinte do tratamento.

A conclusão que se chega é que não há como se falar em internação compulsória em massa de usuários de crack em decorrência do Programa Recomeço quando se constata que menos de vinte pessoas foram internadas em dois anos de programa.

Assim como não há como se concluir pela ofensa à autonomia do usuário de crack que se tornou absolutamente incapacitado para gerir a própria vida e que, após readquirir a possibilidade de decidir o próprio destino, poderá optar se deseja prosseguir com o tratamento ou não.

Em tempo, antes de finalizar a presente conclusão, é necessário destacar a falta de dados relacionados às políticas públicas, quando muito se obtém informações apuradas pelos próprios responsáveis pelas políticas, não havendo grande controle e análise das informações existentes.

Nesse sentido, observa-se que os defensores da redução de danos costumeiramente apontam a política como a mais eficiente e adequada para os casos de dependência química. E ao fazerem colocam em plano inferior as

demais alternativas, sobretudo a internação compulsória. No entanto, não apresentam dados para ratificar as afirmações feitas.

Não por outro, a Diretoria de Saúde Mental, órgão integrante da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em resposta⁴⁵⁹ a consulta formulada com base na Lei de Informação, afirma que a internação compulsória é a última alternativa de tratamento e a menos eficiente, enquanto que a redução de danos seria a alternativa com melhores resultados. No entanto, aponta que não teria como medir o êxito da política de redução de dano, por ser este um conceito moral. E mais, informa que os resultados decorrentes da política de redução de danos não podem ser mensurados, pois o tempo de observação é curto. Assim, não parece existir muita lógica em defender a eficiência de um tratamento e a ineficiência de outro, quando os dados não podem ser mensurados e quando o conceito de êxito é rejeitado.

De qualquer sorte, em face do conjunto de informações arrolados e a partir das análises feita, entende-se que não apenas a internação compulsória se mostra tratamento válido para certos casos de dependência química de usuários em situação de rua, como o Programa Recomeço ao ser valer delas o fez de maneira compatível com a legislação de regência, não havendo que se falar em desrespeito à manifestação de vontade por aquele usuário de crack que perdeu a autonomia em decorrência de dependência química intensa.

⁴⁵⁹ A Diretoria de Saúde Mental respondeu os questionamentos feitos por intermédio do Despacho nº 476/2015-DISAM, de 02 de setembro de 2015.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Sérgio. Racismo, criminalidade violenta e Justiça penal: réus brancos e negros em perspectiva comparativa. *Revista Estudos Históricos*. Rio de Janeiro: FGV, v.9, n. 18, p. 283-300, 1996.
- ALBURQUERQUE, Daniela Skromov. Internação compulsória: posição contrária. *Carta Forense*, São Paulo, abr. 2012.
- ALENCAR, Júlio César; JUNIOR, Carlos Augusto Alencar; MATOS, Aline de Moura Brasil. "Crack Babies": uma revisão sistemática dos efeitos em recém-nascidos e em crianças do uso do crack durante a gestação. *Revista de Pediatria SOPERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 16-21, 2011.
- ALVES, Glória da Anunciação. A requalificação do centro de São Paulo. *Revista de Estudos Avançados*. São Paulo, v. 25, n. 71, p. 109-118, jan./abr. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v25n71/08.pdf> >. Acesso em: 16 mar. 2015. tde-24052010-104646/>. Acesso em 02 ago. 2014.
- AMARAL, Francisco. *Direito Civil*: Introdução. 3. ed. São Paulo: Renovar, 2000.
- ANDRADE, Arthur Guerra de; DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de. *I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Brasília, DF, Brasil: SENAD - Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas; 2010.
- ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2015.
- ARAÚJO, Ana Laura Vallarelli Gutierrez. Biodireito constitucional: uma introdução. In: GARCIA, Maria; GAMBA, Juliane Caravieri; MONTAL, Zelia Cardoso (coords.). *Biodireito constitucional*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p. 291-329.
- BATISTA, Marcos. Drogas, estado, sociedade. In BATISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003.
- BASTOS, Celso Ribeiro. Direito de recusa de pacientes submetidos a tratamentos terapêuticos às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 787, p. 493-507, mai. 2010.
- BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (Orgs.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014, p.

18. Disponível em: < <http://www.iciet.fiocruz.br/content/livro-digital-da-pesquisa-nacional-sobre-o-uso-de-crack-é-lançado>>. Acesso em: 29 dez. 2014.

BRASIL. *Orçamento Federal ao Alcance de Todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2014*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013.

BARRETO, Lélío Muniz. *Dependência química nas escolas e locais de trabalho*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Revista Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 36, n. 4, p. 175-177, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000400008&lng=en&nrm=Isso>. Acesso em 22 mai. 2015.

BARROS, Rosa Maria de Sales Guimarães; FERREIRA, Iara Loureiro. Internação compulsória na gravidez: prevenção e proteção à vida. *Revista Borromeo*. Buenos Aires. n. 4, p. 192-197, 2013.

BERCOVICI, Gilberto. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do Estado. In: HORCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BITTAR, Carlos Alberto. *Os direitos da personalidade*. 7. ed. rev. e atual. por Eduardo C. B. Bittar. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

BITTAR, Eduardo Carlos Bianca. Hermenêutica e constituição: a dignidade da pessoa humana como legado à pós-modernidade. In: Agassiz Almeida Filho; Plínio Melgaré (Orgs.). *Dignidade da pessoa humana: fundamentos e critérios interpretativos*. São Paulo: Malheiros, 2010.

BOBBIO, Norberto. *Direito e estado no pensamento de Emanuel Kant*. Trad. Alfredo Falt. São Paulo: Mandarim, 2000, p. 95-967.

_____; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. 5. ed. Brasília: UnB, 2000.

BODIN DE MORAES, Maria Celina. O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). *Constituição, direitos fundamentais e direitos privados*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

BOITEUX, Luciana et al. *Sumário executivo: relatório de pesquisa 'Tráfico de Drogas e Constituição' – projeto pensando o direito*. UFRJ/UnB. jul. 2009. Disponível em :<http://arquivos.informe.jor.br/clientes/justica/agencia/agosto/Sumario_executivo_pesquisa_Tráfico.pdf> Acesso em: 29 jul. 2014.

BORGES, Durval Rosa. *Atualização terapêutica*. 22. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito administrativo e políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. O conceito de políticas públicas em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. *Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2013.

CALDAS, Ricardo Wahrendorff. *Políticas Públicas: conceitos e práticas*. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional*. 7. Ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CARDOSO, Fernando Henrique. *Discurso no II Fórum Nacional Antidrogas, Palavra do Presidente: segundo semestre de 2001*, Brasília. 2002. p. 672 e 678. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/pagina-inicial-3>> Acesso em: 22 jan. 2015.

CARLINI, Elisaldo Araujo et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Revista IMESC*, São Paulo, n. 3, p. 16-18, 2001.

CARTILHA “Crack, é possível vencer”. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

CARTILHA direito à saúde mental. Brasília: Ministério Público Federal, 2012.

CARTILHA exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Brasília: SENAD/ANVISA, 2002.

CARTILHA sobre maconha, cocaína e inalantes. Série por dentro do assunto: drogas. Brasília: Senad, 2004.

CARVALHIDO, Anna Luiza. *O estigma e o poder do conhecimento: um estudo sobre a Operação Centro Legal de 2012*. 2014. 138 f. Tese (Mestrado) - Escola de Direito de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11818>>. Acesso em 31 jan. 2015.

CARVALHO, Ilona Szabó de. *O despertar da América Latina: uma revisão do novo debate sobre política de drogas*. Nota Estratégica. Recife: Instituto Igarapé, n. 14, p. 1-21, fev. 2014. Disponível: <<https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/uma-revisão-do-novo-debate-sobre-política-de-drogas.pdf>>. Acesso em: 28 jul 2014

CARVALHO, Luiz Maklouf. Acabar com a Cracolândia, obsessão de Matarazzo. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 13 de mar. 2005, MetrÓpole.

CASSALES, Luiza Dias. Direito de ir e vir. *Revista do Tribunal Regional Federal: 4a. região*, Porto Alegre, v. 12, n. 42, p. 37-49, 2001.

CAVALCANTI, Paula Arcoverde. *Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas*: uma contribuição para a área educacional. 2007. 289 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, Campinas, 2007.

CHAGAS, Fernanda Galvão Leite das; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-20, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38702>>. Acesso em: 08 jul. 2015

CIEGLINSKI, Naves. O crack por trás de uma tragédia. *Correio Braziliense*, Brasília, 28 fev. 2014. Cidade.

CLOTET, Joaquim. *Bioética uma aproximação*. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

COELHO, Isabel; Oliveira, Maria Helena Barros de. *Internação compulsória e crack*: um desserviço à saúde pública. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr.-jun. 2014.

COELHO JUNIOR, MÁRCIO NOVAES. *Processos de intervenção urbana*: bairro da Luz. 2010. 329 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16136/tde-24052010-104646/>>. Acesso em 02 ago. 2014.

CORRADINI, Helcio Bahia. *Cocaína*: efeitos na gestante e nas crianças. *Pediatria (São Paulo)*, v.18, n.4, p.171-174, 1996.

CORRÊA, Plínio de Oliveira. *Liberdade individual nos países do Mercosul*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1995.

COSTA, Hekelson Bitencourt Viana da. Lavagem de dinheiro : Lei nº 9.613/98. *Revista de informação legislativa*, Brasília: Senado Federal, v. 38, n. 150, p. 132, abr./jun. de 2001.

CÓRTEZ, Soraya Vargas. Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policycommunities*. In: HORCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CUNHA, Gabrielle da et al. Prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital geral universitário. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.77, n.5, p.369-373, 2001.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Direitos humanos e cidadania*. 2. ed., São Paulo: Moderna, 2004.

DEL-CAMPO, Eduardo. Internação compulsória: posição favorável. *Carta Forense*, São Paulo, abr. 2012.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo F. de; MELLO, Andrea de Abreu F. de; KOHN, Robert. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DIAS, Andréa Costa. *Crack: Reflexões para abordar e enfrentar o problema*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012.

DIDIER JR., Fredie. *Estatuto da pessoa com deficiência, código de processo civil de 2015 e código civil: uma primeira reflexão*, 2015. Disponível: <<http://www.frediedidier.com.br/editorial/editorial-187/>> Acesso em: 21 set. 2015.

DUARTE, Carolina Gomes et. al. Internação psiquiátrica compulsória: a atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Revista da Defensoria Pública*, São Paulo, v. 5, n.1.

EM DISCUSSÃO!: revista de audiências públicas do Senado Federal. Brasília: Senado Federal, n 8, ago. 2011.

Érico de Pina. A “autonomia” no direito privado. *Revista de direito privado*, São Paulo, n. 19, p. 83-129, jul.-set. 2004.

ESTIMATIVA do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2013, p. 20. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 17 dez. 2014.

ESTUDOS Técnicos CNM. v. 3: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2011.

ESTUDOS Técnicos CNM. v. 4: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2012.

ESTUDOS Técnicos CNM. v. 5: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2013.

ESTUDOS Técnicos CNM. v. 6: Brasília. Confederação Nacional de Municípios, 2014.

FABRIZ, Daury Cesar. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

FABBRO, Leonardo. Limitações Jurídicas à autonomia do paciente. *Bioética*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 7-12, 2007.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. *Direito Civil: teoria geral*. 6. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

_____. *Direito civil: teoria geral*. 9. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

FERRAZ, Adriana; MANSO, Bruno Paes. Governo quer acabar com crackolândia pela estratégia de 'dor e sofrimento'. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 5 jan. 2012. Metrópole.

FILHO, Vicente Greco; RASSI, João Daniel. *Lei de Drogas Anotada*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

IORE, Maurício. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de "drogas". In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 2008.

_____. O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estudos - CEBRAP*, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n92/n92a02.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2015.

FRANCO, Michele Cunha et al. *O Crack e os crimes violentos contra o patrimônio na cidade de Goiânia: pânico moral?*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 15, 2011, Curitiba. Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia. Porto Alegre, 2011.

FRÚGOLI JUNIOR, Heitor; CAVALCANTI, Mariana. Territorialidades da(s) crackolândia(s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. *Anuário Antropológico: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UnB)*, Brasília, v. 2, 2013.

GALDURÓZ, José Carlos F. et al. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País (2001)*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2002.

_____. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País (2005)*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2006.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 269-270, ago. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-1822008000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2015.

GOLDIM, José Roberto. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. In: Ricardo Timm de Souza; Clarice Alho. (Org.). *Ciência e Ética os Grandes Desafios*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

_____. Consentimento e informação: a importância da qualidade do texto utilizado. *Revista HCPA*. Porto Alegre: UFRGS, v. 26, n. 1, p. 117-122, dez. 2006.

GODINHO, Eduardo. *Direito à liberdade: regra da maioria e liberdade individual*. Curitiba: Juruá, 2012.

GOGLIANO, Daisy. Autonomia, bioética e direitos da personalidade. *Revista de direito sanitário*, São Paulo, v. 1, n.1, p. 117, nov. 2000.

GOMES, Joaquim B. Barbosa. *O poder de polícia e o princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência francesa*. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/o-poder-de-policia-e-o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-na-jurisprudencia-francesa>>. Acesso: 29 ago. 015.

GOMES, José Jairo. *Direito Civil: Introdução e parte geral*. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

GONÇALVES, Carlos Eduardo; GUIMARÃES, Bernardo. *Economia sem truques: o mundo das escolhas de cada um*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

GRAZIANO, Diólia de Carvalho; NASCIMENTO, Maria Auxiliadora Mendes do. Análise da cobertura da mídia sobre a desocupação dos adictos na Cracolândia, em São Paulo: processos deliberativos enquadramentos. In: MATOS, HELOIZA (org.). *Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas*. São Paulo: ECA/USP, 2013.

GUIMARÃES, Cátia; JÚNIA, Raquel. Usuários de crack no centro das atenções *Polí*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 22, p. 14-19, mar./abr. 2012.

PENNA, Caitlin Samapaio Mulholland. *Dignidade da pessoa humana e direito à identidade na redesignação sexual*. 2010. 119 f. Tese (Mestrado) - Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/18434/18434_4.PDF>. Acesso em 7 abr. 2015.

HÄBERLE, Peter. A dignidade humana como fundamento da comunidade estatal. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). *Dimensões da Dignidade: ensaios*

de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. 2.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

ISRAEL, Jean-Jacques. *Direito das liberdades fundamentais*. Trad. Carlos Souza. Barueri: Manole, 2005.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, out. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a15.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

JUNGBLU, Cristiane. Governo gasta só 30% em programa de combate ao crack. *O Globo*, Rio de Janeiro, 10 jan. 2014. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/governo-gasta-so-30-em-programa-de-combate-ao-crack-11271281#ixzz39IkA0ytP>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

KANT, Immanuel. *A Metafísica dos Costumes*. Trad. Edson Bini. São Paulo: Edipro, 2003.

_____. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2005.

KESSLER, Felix; PECHANISKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, ago. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

KÜMPEL, Vitor Frederico; BORGARELLI, Bruno de Ávila. *As aberrações da Lei 13.146/2015*. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI224905,61044-As+aberracoes+da+lei+131462015>>. Acesso em: 14 set. 2015.

LANCETTI, Antônio. Programa anticrack de braços abertos, da prefeitura de São Paulo, tem tido êxito? Sim. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 27 dez. 2014. Opinião.

LARANJEIRA, Ronaldo. Recomeço: direito a uma nova vida. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 20 mai. 2013. Opinião.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. *II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. São Paulo: Unifesp. 2012. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/>. Acesso em: 04 mar. 2014.

LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Autonomia privada e internação não consentida. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, Belo Horizonte, n. 99-B, p. 96, jul./dez. 2009.

LIVRETO sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. 5. ed. Brasília: SENAD/CEBRID, 2011.

LIXINSKI, Lucas. Considerações acerca da inserção dos direitos de personalidade no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista de direito privado*, São Paulo, n. 27, p. 201-222, jul.-set. 2006.

LÔBO, Paulo. *Com avanços legais, pessoas com deficiência mental não são mais incapazes*. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-ago-16/processo-familiar-avancos-pessoas-deficiencia-mental-nao-sao-incapazes>> Acesso em: 20 set. 2015.

LOCKE, John. *Segundo tratado sobre o governo civil e outros escritos*: ensaio sobre a origem, os limites e os fins verdadeiros do governo civil. Trad. Magda Lopes e Marisa Lobo da Costa. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994

LOPES DA SILVA, Luiza. *A questão das drogas nas relações internacionais*: uma perspectiva brasileira. Brasília: Funag, 2013.

MACHADO, Katia. Crack, questão de saúde pública. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 92, p. 19-21, abr. 2010.

MACRAE, Edward et al. Diálogo com Dr. Antonio Nery Filho, George Gusmão Soares, Maria Eugênia Nuñez e Edward Macrae sobre o crack. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.). *Crack*: contextos, padrões e propósitos de uso. Salvador: EDUFBA, 2013, p. 27-58.

UCHOA, Marco Antonio. Crack: o caminho das pedras. São Paulo: Ática, 1996.
MARQUES, Ana Cecília P. Roselli et al. Abuso e dependência: crack. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 287, abr. 2012.

MARQUES, Ana Cecília PettaRoselli. Programa anticrack de braços abertos, da prefeitura de São Paulo, tem tido êxito? Não. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 27 dez. 2014. Opinião..

MARQUES, Amanda; MALHEIRO, Luana. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, Antônio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. (Orgs.) *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de ruas*. Salvador: CETAD/UFBA, 2010.

MARQUES, Emília Tavares e RIBEIRO, Jose Luis Pais. Comportamentos (a) normais e recurso à entrevista estruturada na avaliação de (in)imputáveis juridicamente privados de liberdade. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v.33, n.3, p. 564-579, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a05.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

MARIANO, Jefferson. Políticas públicas e o pacto federativo. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; PANHOCA, Ivone; BONINI, Luci Mendes de Melo (Org.). *Políticas públicas*: estudos e casos. São Paulo: Ícone, 2014.

MARINONI, Luiz Guilherme; ARENHART, Sérgio Cruz; MITIDIERO, Daniel. *Novo código de processo civil comentado*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

MEDEIROS, Maria Bernadete de Moraes. *Interdição civil: proteção ou exclusão*. São Paulo: Cortez, 2007.

MEIRELES, Rose Melo Venceslau. *Autonomia privada e dignidade humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

MELO, Patrícia Bandeira de; MIRANDA, Emília Bezerra de; BENZAQUEN, Guilherme Figueiredo. *Pânico e controvérsias: história, consumo controlado e tratamento do crack*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 15, 2011, Curitiba. Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia. Porto Alegre, 2011.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2007.

MENDES, Karyna Rocha. *Curso de direito de saúde*. São Paulo: Saraiva, 2013.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. Personalidade, autonomia e saúde mental: o controle das internações psiquiátricas involuntárias no Estado do Ceará. In: RODRIGUES, José Rodrigo (Org.). *Pensar o Brasil: problemas nacionais à luz do direito*. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 175-210.

_____. MOTA, Maria Yannie Araújo. Os limites da política de abrigamento compulsório e a autonomia do paciente psiquiátrico usuário de drogas. *Civilista.com*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/02/Mota-e-Menezes-civilistica.com-a.3.n.1.2014.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

_____. O direito protetivo no Brasil após a convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência: impactos do novo cpc e do estatuto da pessoa com deficiência. *Civilista.com*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/08/Menezes-civilistica.com-a.4.n.1.2015.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2015.

MICHEL, Oswaldo da Rocha. *Álcool, drogas e alucinações: como tratar*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MILL, John Stuart. *Sobre a Liberdade*. Trad. Alberto Rocha Barros. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

NAPPO, Solange Aparecida et al. *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS*. São Paulo: CEBRID, 2004.

Navarro-Reynoso, Francisco P; Argüelles-Mier, Miguel; Cicero-Sabido, Raúl. Derechos humanos y consentimiento informado. *Cirurgia y Cirujanos*, México,

v. 72, n.3, mai.-jun. 2004. Disponível em:<<http://medigraphic.com/espanol/e-htms/e-circir/e-cc2004/e-cc04-3/em-cc043n.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire. Da relação jurídica médico-paciente: dignidade da pessoa humana e autonomia privada. In: SÁ, Maria de Fátima (Coord.). *Biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

_____. REZENDE, Danúbia Ferreira Coelho de. A autonomia privada do paciente em estado terminal. In: FIÚZA, César; SÁ, Maria de Fátima de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (Coord.). *Direito civil: da autonomia privada nas situações jurídicas patrimoniais e existenciais - atualidades II*. Belo Horizonte: Del Rey, 2007

NOBRE JÚNIOR, Edílson Pereira. O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. *Revista dos Tribunais*, v. 777, p. 478-480, jul. 2000.

OBSERVATÓRIO DO CRACK: experiências nacionais e internacionais. Brasília: CNM, 2012.

OLIVEIRA, Cynthia Brito de; SOUZA, Maria Rodrigues de. Dependência química do 'crack' como gerador da criminalidade no âmbito patrimonial. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*, v. 1, n. 1, p. 2, jan.-mar. 2013.

OLIVEIRA, Marcus Vinicius. População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. (Org.). *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília: CFP, 2013

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

PAULA, Marcio Gimenes de. O estado e o indivíduo: o conceito de liberdade em John Stuart Mill. *Polymatheia – Revista de filosofia*, Fortaleza, n. 3, p. 73-84, 2007.

PAUKOSKI, Mônica Ribeiro de Souza. Interface da saúde mental em questão de justiça e o ponto de vista do Poder Judiciário paulista. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.), *Caderno Temático – Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas*. São Paulo, v. 12, p. 15-20, 2011.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Direito Civil: alguns aspectos de sua evolução*. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

_____. *Instituições de direito civil*. v. 1. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 569-580, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>

p?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 jun. 2015.

PENNA, Caitlin Samapaio Mulholland. *Dignidade da pessoa humana e direito à identidade na redesignação sexual*. 2010. 119 f. Tese (Mestrado) - Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/18434/18434_4.PDF>. Acesso em 7 abr. 2015.

PESQUISA Nacional de Saúde do Escolar 2012. Brasília: IBGE, p. 63, 2013.

PERFIL dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/menor-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 21 jul. 2014.

PESQUISA Nacional de Saúde do Escolar 2012. Brasília: IBGE, p. 63, 2013.

PINHO, Leandro Barbosa de *et al.* Consumo de crack: repercussões na estrutura e na dinâmica das relações familiares. *Enfermería Global*. Murcia: *Universidad de Murcia*. v. 11, n. 01, jan 2012. p. 151. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_docencia3.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2014.

PINTO, Eduardo Vera-Cruz. Considerações genéricas sobre os direitos da personalidade. *Revista CEJ*, Brasília, n. 25, p. 70-73, abr./jun. 2004.

PINTO, Alessandra Teixeira Marque; FERREIRA, Arthur Arruda Leal. Problematisando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, mar. 2010.

POLÍTICA de drogas: novas práticas pelo mundo. Rio de Janeiro: Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia, 2011.

PULCHERIO, Gilda et al. Crack: da pedra ao tratamento. *Revista da AMRIGS*. Porto Alegre, n. 54, p. 337-343, jul.-set. 2010.

RELATÓRIO brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD, p. 2009.

RIBEIRO, Diaulas. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 22, n. 8, p. 1749-1754, ago. 2006.

RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 01-11, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38617>>. Acesso em: 07 mai. 2015.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. O plano de tratamento. In: _____ O Tratamento do Usuário de Crack. Porto Alegre, Artemed, 2012. p. 183-210.

_____ et al. Causa *mortis* em usuários de crack. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, v. 28, n. 3, p. 196-202, set 2006. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/10.pdf>>. Acesso em: 28 jul 2014.n. 3, p. 196-202, set 2006. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/10.pdf>>. Acesso em: 28 jul 2014.

ROCHA, João Carlos de Carvalho. HENRIQUES FILHO, Tarcísio Humberto Parreiras. CAZETTA, Ubiratan (coords.). *Direitos humanos: desafios humanitários contemporâneos*. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

RODRIGUS, Renata de Lima. *Incapacidade, curatela e autonomia privada. Estudos no marco do Estado Democrático de Direito*. 2007.197f. Dissertação (Mestrado), Faculdade Mineira de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2007.

RODRIGUES, Rafael Garcia. A pessoa e o ser humano no novo Código Civil. In: TEPEDINO, Gustavo (Coord.). *A parte geral do novo código civil: estudos na perspectiva civil-constitucional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. 2006. 273 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: < http://comunidadesegura.org/files/controle_penalsobredrogasilicitas.pdf> Acesso em 22 dez. 2014.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia, ideologia e cocaína (Crack): produzindo “refugo humano”. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 18, n. 3, p. 373-382, set./dez 2013.

RODRIGUES JUNIOR, Otavio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação: notas sobre a evolução de um conceito na Modernidade e na Pós-modernidade. *Revista de informação legislativa*, Brasília, v. 41, n. 163, p. 113-130, jul./set. 2004.

RUF, Ambrosius Karl. Curso fundamental de teologia moral: consciência e decisão, vol. II. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

RUI, Taniele. "Isso não é um cachimbo": sobre usuários de crack, seus artefatos e suas relações. *Revista Askesis(PPGS-UFSCAR)*, São Carlos, v. 1, 2012, p. 40, jan-jul 2012.

_____ Braços abertos e sufoco: sobre a situação na "Cracolândia". *Carta Maior*, São Paulo, 11 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Bracos-Abertos-e-Sufoco-sobre-a-situacao-na-Cracolandia-/5/30235#>>. Acesso em: 27 de jan. 2015.

_____. Depois da 'Operação Sufoco': sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na 'cracolândia' paulista. *Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar*, São Paulo, v.3, n.2, p.287-310, 2013.

_____. Usos da “Luz” e da “cracolândia”: etnografia de práticas espaciais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 91-104, mar. 2014.

RUIZ, Castor M.M. Bartolomé. A ética como prática de subjetivação: esboço de uma ética e estética da alteridade. In: Pergentino Stefano Pivatto (org.). *Ética: crise e perspectiva*. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

RUZYK, Carlos Eduardo Pianovski. *Institutos fundamentais do direito civil e liberdade(s)*. Rio de Janeiro: GZ, 2011.

SÁ, Maria de Fátia Freire de. Aspectos jurídicos da eutanásia. In.: TAITSON, Paulo Franco et al. *Bioética: vida e morte*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2008, p.129-150.

SALGADO, Nayara de Amorim. “No meio do caminho tinha uma pedra”: Circuitos de consumo de crack na cidade de Belo Horizonte (MG), um estudo do bairro Lagoinha. In: I SIMPÓSIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS: CIDADES E FRONTEIRAS, 2012, Belo Horizonte. Anais do I Simpósio de Ciências Sociais: Cidades e Fronteiras, realizado em Belo Horizonte-MG, de 24 a 28 de setembro de 2012. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2012.

SAPORI, Luis Flavio et al. *A problemática do crack na sociedade brasileira: o impacto na saúde pública e na segurança pública*. Belo Horizonte: CEPESP – Centro de Pesquisas em Segurança Pública da PUC Minas, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. *Revista brasileira de direito constitucional – RBDC*, São Paulo, n.9, p.361-388, jan./jun. 2007.

_____. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

_____. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluisio Iunes MontiRuggeri (Org.). *Temas aprofundados da defensoria pública*. v. 1. Salvador: JusPodivm, 2013.

SARMENTO, Daniel Sarmento. *Direitos fundamentais e relações privadas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

SCHAEFER, Fernanda. A nova concepção do consentimento esclarecido. *Revista Brasileiro de Direito da Saúde*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 9-34, jan.-jun. 2012

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2014.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 457-465, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 jun. 2015

SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. *Bioética*. 3. ed. Revisada e ampliada. São Paulo: EDUSP, 2002.

SELEGHIM, Maycon Rogério et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeiro Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, set./out. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2014.

SERRANO, Mônica de A. Magalhães; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. O sistema de saúde no Brasil e as pessoas com deficiência. In: FERRAZ, Carolina Valença et al. (Coord.). *Manual dos direitos da pessoa com deficiência*. São Paulo: Saraiva, 2012.

SILVA, Solange Teles da. Políticas públicas e estratégias de sustentabilidade urbana. *Hiléia – Revista de Direito Ambiental da Amazônia*, Manaus, n. 1, p. 121-137, ago-dez 2003.

SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 34. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

SIMÃO, José Fernando. Estatuto da pessoa com deficiência causa perplexidade (parte I), 2015. Disponível em: <http://nuzzel.com/story/08062015/conjur.com/estatuto_da_pessoa_com_deficincia_causa_perplexidade_parte_i>. Acesso em: 14 set. 2015.

SOUSA, Patrícia Fonseca et al. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. *Temas em psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 259-268, jun. 2013.

STANCIOLI, Brunello Souza. *Relação jurídica médico-paciente*. Belo Horizonte: Del Rey.

STOLZE, Pablo. *Estatuto da pessoa com deficiência e o sistema jurídico brasileiro de incapacidade civil*. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigo>>

s/41381/o-estatuto-da-pessoa-com-deficiencia-e-o-sistema-juridico-brasileiro-de-incapacidade-civil>. Acesso em: 20 set. 2015.

STURZA, Janaína Machado; LUCION, Maria Cristina Schneider. A promoção do direito à saúde e a atuação subsidiária dos entes privados de planos de saúde. In: ZIEMANN, Aneline dos Santos; ALVES, Felipe Dalenogare (Orgs.). *A jurisdição constitucional e os direitos fundamentais nas relações privadas: questões contemporâneas*. São Paulo: PerSe, 2014, p. 167-185.

TABORDA, José; BARON, Ana Lúcia Duarte; PESSETTO NETO, Luigi. Aspectos ético-legais nas emergências psiquiátricas. In: QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. (Org.). *Emergências psiquiátricas*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

TARTUCE, Flávio. *Alterações do código civil pela lei 13.146/2015 (estatuto da pessoa com deficiência): repercussões para o direito de família e confrontações com o novo cpc – parte I*. Disponível em:<<http://www.flaviotartuce.adv.br/index2.php?sec=artigos>>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. *Alterações do código civil pela lei 13.146/2015 (estatuto da pessoa com deficiência): repercussões para o direito de família e confrontações com o novo cpc – parte II*, 2015. Disponível em:<<http://www.flaviotartuce.adv.br/index2.php?sec=artigos>>. Acesso em: 20 set. 2015.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

_____. SÁ, Maria de Fátima Freire de. Envelhecendo com autonomia. In: *Direito Civil: atualidades II – da autonomia privada nas situações jurídicas patrimoniais e existenciais*. Belo Horizonte: Del Rey, 2007.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; KONDER, Carlos Nelson P. Autonomia e solidariedade na disposição de órgãos para depois da morte. *Revista da Faculdade de Direito da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.revistadireito.uerj.br/artigos/Autonomiaesolidariedadenedisposicaodeorgaosparadepoisdamorte.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

TEPEDINO, Gustavo. A tutela da personalidade no ordenamento civil-constitucional brasileiro. In: _____. *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

TRINDADE, José Damião de Lima. *História social dos direitos humanos*. São Paulo: Petrópolis, 2002.

VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. (Orgs.) *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de ruas*. Salvador: CETAD/UFBA, 2010.

VARELLA, Draúzio. Prosa cruel e necessária: as mães do crack. *Revista látrico*, Curitiba: CRM/PR. n. 32, p.56-57, 2013.

VERGARA, Sylvia Constant; BENAZZI, João Roberto de Souza Coelho. A questão das drogas nas empresas brasileiras - estudo exploratório das práticas organizacionais. *Revista de Administração*, São Paulo, v.35, n.4, p.36-47, out./dez.2000.

VEJA. São Paulo: Abril, n. 2414, 25 fev. 2015.

VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito Civil*: parte geral. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. *Código civil interpretado*. São Paulo: Atlas, 2010.

VI LEVANTAMENTO nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras 2010. São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2010.

VIEIRA, Luciano Henrik Silveira. Liberdade de consciência: a autodeterminação como corolário da dignidade da pessoa humana. In: BARROS, Renata Furtado; LARA, Paula Maria Tecles (orgs.). *Direitos humanos*: um debate contemporâneo. Raleigh, Carolina do Norte (EUA): Lulu Publishing, 2012, p. 399-424

VIEIRA, Vanessa; GARATTONI, Bruno. Maconha sintética e a era das drogas de laboratório. *Revista Superinteressante*, n. 306, São Paulo: Abril, p.74-79, 2012.

WRIGHT, Maria da Gloria; CHISMAN, Wright, Anna McG. A saúde internacional, o fenômeno das drogas e a profissão de enfermagem na América Latina. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 13, n. 2, p. 264-271, abr./jun. 2004.

ZATTI, Vicente. *Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.